

# **BVGer C-6491/2016 vom 7. Juli 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6491\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6491_2016)

FR: TAF C-6491/2016 du 7 juillet 2020

IT: TAF C-6491/2016 del 7 luglio 2020

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Le recours ayant été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), il se révèle recevable, l'avance de frais d'un montant de 800.- francs ayant été de surcroît versée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA et art. 69 al. 2 LAI).

### **E. 2.1**

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 (ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). La demande de rente d'invalidité ayant été déposée le 22 février 2010, le présent examen est soumis à la teneur de la 5e révision de la LAI (RO 2007 5129, FF 2005 4215) pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et à la teneur de la 6e révision (premier volet) de la LAI

(RO 2011 5659, FF 2010 1647) pour la période à compter du 1er janvier 2012 jusqu'à la date de la décision dont est recours, soit le 6 septembre 2016 (cf. ATF 130 V 445 et les réf.). Sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après seront celles de la 5e révision de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, étant précisé que ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité ne sont différentes par rapport aux dispositions de la 6e révision (premier volet) de la LAI, ce qui motive l'énoncé dans le présent arrêt en principe et sauf précision contraire des seules dispositions de la 5e révision de la LAI.

## **E. 2.2**

Le tribunal des assurances sociales 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 6 septembre 2016). 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). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

## **E. 3.1**

L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où la recourante est ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne ayant travaillé plusieurs années en Suisse. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie, à l'instar de l'art. 80a LAI. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les États de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP, la Suisse est aussi un « État membre » au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

## **E. 3.2**

L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1er avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi jusqu'à cette date par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

## **E. 3.3**

Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le 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) et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11).

### **E. 3.4**

À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États 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).

### **E. 3.5**

Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suis-ses bénéficient de l'égalité de traitement. Il en est de même selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement; les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Cela étant, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cependant, la documentation médicale et administrative recueillie par les institutions de sécurité sociale d'un autre État membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009; ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3).

### **E. 4**

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La recourante ayant déposé la présente demande de prestations AI le 22 février 2010, son droit à une rente, le cas échéant, s'ouvre au plus tôt le 22 août 2010 reporté au 1er août 2010 (art. 29 al. 3 LAI).

### **E. 5.1**

Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

### **E. 5.2**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem

Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGGA; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4). Ce devoir impute en particulier aux parties l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles supporteront les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2).

## **E. 6**

L'assurée a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant plus de 3 ans et remplit ainsi la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il y a lieu d'examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

### **E. 7.1**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle 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).

### **E. 7.2**

L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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 (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

### **E. 7.3**

Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

### **E. 7.4**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a ainsi droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI)

## **E. 8.1**

Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 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 ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

## **E. 8.2**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C\_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C\_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque 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 (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

### **E. 8.2.1**

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu (art. 44 LPG), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). La tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de

l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

### **E. 8.2.2**

Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie soit établi et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. ATF 125 cité consid. 3b/dd). En particulier, les rapports des médecins traitant peuvent mettre en doute la fiabilité et le caractère concluant des avis médicaux émanant de l'assureur. Il conviendra ainsi d'ordonner une expertise externe (art. 44 LPG) si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (cf. ATF 135 V 465 consid. 4, 4.4-4.6).

### **E. 8.2.3**

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Le fait que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation. Le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

### **E. 9.1**

Dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a procédé à un revirement de sa jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, abandonnant la présomption selon laquelle une personne souffrant d'un tel trouble ou d'une affection semblable pouvait par un effort de la volonté raisonnablement exigible surmonter le trouble (cf. ATF 130 V 352). Il a jugé que la capacité de travail exigible des assuré-e-s souffrant de troubles psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs légers à moyens, doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à

la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un-e expert-e (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1; arrêt du TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1: expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2: structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4: point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

## **E. 9.2**

Dans ce contexte, il appartient aux médecins de poser un diagnostic en fonction de critères médicaux et de se prononcer sur l'incidence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail, tandis qu'il revient à l'organe d'application du droit d'évaluer le caractère invalidant d'une telle atteinte au regard des indicateurs développés par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 2.1.1 et 5.2.1, 144 V 50 consid. 4.3 ; arrêt du TF 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 4.3). Ce changement de jurisprudence ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou judiciaires recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des nouveaux indicateurs déterminants, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux (cf. ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêts du TF 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1; voir ég. 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3).

## **E. 10.1**

La présente demande de prestations a été rejetée par une première décision de l'OAIE rendue le 15 mars 2012. Aux termes d'un arrêt C-2498/2012 rendu le 11 avril 2014, le Tribunal administratif fédéral a annulé cette décision et ordonné le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour complément d'instruction. En particulier, le Tribunal a constaté que la recourante souffrait, sur le plan psychique, d'un trouble anxio-dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et d'un trouble somatoforme douloureux (F45.4), se fondant sur le rapport d'expertise du 10 octobre 2011 du Dr B. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie [AI pce 62]), le formulaire E 213 du 11 mars 2010 (AI pce 5) et sur deux rapports des 24 janvier 2008 et 8 juillet 2010 de la Dre E. \_\_\_\_\_ (psychiatre traitant [pces 31 et 32]). Sous l'angle rhumatologique, le Tribunal a retenu les diagnostics de cervicarthrose sévère en C5-C6-C7 avec discopathie dégénérative entraînant des cervicalgies importantes sans myélopathie ni radiculopathie, de coccygodynies chroniques provoquées par un déplacement antérieur du

coccyx et de coxarthrose bilatérale débutante, se référant au rapport E 213 du 11 mars 2010 (AI pce 5), ainsi qu'aux rapports du 12 octobre 2011 de la Dre C. \_\_\_\_\_ (rhumatologue ; [AI pce 63]), des 4 juin 2010 et 1er février 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_ (rhumatologue traitant [AI pces 30 et 77 p. 1-3]), des 6 mars 2008 et 14 juillet 2009 du Dr G. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiodiagnostic [AI pces 24, 27]), du 3 mars 2010 de la Dre H. \_\_\_\_\_ (AI pces 29) et du 15 novembre 2011 de la Dre I. \_\_\_\_\_ (AI pce 77 p. 5).

### **E. 10.2**

Procédant à l'examen de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, le Tribunal a observé que les deux expertes rhumatologues (cf. rapport du 12 octobre 2011 de la Dre C. \_\_\_\_\_ [AI pce 63] et rapport du 7 juin 2012 de la Dre D. \_\_\_\_\_ [AI pce 86]) s'étaient prononcées sur la base d'un dossier incomplet et d'une manière insuffisamment précise sur la capacité résiduelle de travail de la recourante dans son activité habituelle de gérante d'un magasin grossiste de vente au public de matériels et produits pour salons de coiffure. Il a dès lors prononcé le renvoi de l'affaire, afin que l'OAIE requière la production au dossier des radiographies du 9 avril 2012 qui ne l'avaient pas été jusque-là et qu'il actualise les rapports du rhumatologue traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_. En outre, l'OAIE était invité à recueillir les précisions nécessaires concernant l'activité indépendante effectivement exercée jusqu'au 18 septembre 2007, puis dès cette date jusqu'au 8 juin 2009, l'assurée devant être invitée à indiquer dans quelle proportion elle accomplissait ses différentes tâches, ces informations devant permettre, le cas échéant, d'appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation du degré d'invalidité. Il devait également être déterminé si la ou les employée(s) du magasin avaient été engagées pour suppléer à l'absence de la recourante ou si elles avaient déjà travaillé pour celle-ci avant la survenance de son incapacité de travail. Enfin, l'OAIE devait soumettre le dossier ainsi complété ainsi qu'une série de questions aux expertes C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, afin qu'elles se déterminent plus concrètement et confrontent leurs opinions. En particulier, elles étaient invitées à déterminer clairement les limitations fonctionnelles de la recourante, à expliquer en quoi celles-ci influençaient sa capacité de travail dans les différents champs de son activité de gérante d'un magasin grossiste de vente au public de matériels et produits pour salons de coiffure (vendeuse, magasinnière, gestionnaire), avant de finalement énumérer les activités de substitution encore exigibles et à quel taux.

### **E. 11.1**

Cela étant, l'instruction économique du dossier a recueilli : - un questionnaire à l'assurée du 13 septembre 2010, dont il ressort que la recourante, coiffeuse de formation, a été active comme gérante indépendante d'un magasin vendant des appareils et produits pour salons de coiffure entre le 1er avril 2000 et le 18 septembre 2007, date à laquelle elle a cessé son activité en raison de son état de santé (AI pce 22 p. 5 à 9); - un questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage rempli le 13 septembre 2010 par l'assurée qui indique gérer un ménage de trois adultes dans une maison individuelle de cinq pièces et avoir besoin de l'aide de sa famille et de personnes extérieures pour de nombreuses tâches ménagères (AI pce 22 p. 13 à 15); - un questionnaire pour indépendants du 13 septembre 2010 dans lequel l'assurée indique avoir été active comme commerçante indépendante dans la vente de produits pour salons de coiffure depuis le 1er avril 2000 à raison de 48 heures par semaine pour un revenu mensuel de EUR 1'601.85 tombé à EUR 1'022.25 à la suite des atteintes à la santé subies par la recourante; en raison de celles-ci, elle ne pouvait plus porter de poids, de sorte que son mari avait provisoirement repris son commerce dès le 19 septembre 2007 (AI pce 22 p. 10 à 12); - des déclarations fiscales des années 2007 à 2009 (AI pce 22 p. 16 à 24);

- un questionnaire à l'assurée (UE) signé le 19 septembre 2014 incluant les déclarations d'impôt sur le revenu des personnes physiques 2012 et 2013 (AI pce 138 p. 1-5); - des questionnaires UE actualisés (E 205 du 26 septembre 2014 [pce AI 132 p. 1-4]; E 207 du 26 septembre 2014 [AI pce 132 p. 5-8]; E 204 du 26 septembre 2014 [AI pce 131]); - une détermination du 24 octobre 2014 dans laquelle la recourante indique que les rendements de son entreprise tels qu'ils ressortent des pièces produites ne correspondent pas à des bénéfices effectivement réalisés mais à une estimation forfaitaire de ceux-ci basée sur le système fiscal espagnol de « modulos » ; les bénéfices réalisés l'avaient été grâce au soutien de son mari qui l'avait intégralement suppléée à la direction de son entreprise ; son taux d'occupation y était réparti à raison de 10% comme vendeuse, 20% comme gestionnaire et 70% comme magasinière (réception, stockage, rangement de la marchandise). Elle avait travaillé à 100% jusqu'au 18 septembre 2007 et subi une incapacité totale de travail à partir du 19 septembre 2007. Le 28 mai 2008, elle avait repris le travail à 20% (voire 10%) en qualité de gestionnaire jusqu'au 8 juin 2009, date à partir de laquelle elle n'avait plus jamais travaillé (AI pce 137 p. 1; documents fiscaux 2012 et 2013 [AI pces 138]).

### **E. 11.2.1**

Sur le plan médical, l'instruction de la procédure initiale C-2498/ 2012 a porté au dossier la documentation suivante : - un certificat du 18 septembre 2007 du Dr J. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) indiquant un trouble dépressif (AI pce 23); - un rapport du 24 janvier 2008 de la Dre E. \_\_\_\_\_ (psychiatre) déclarant suivre l'assurée depuis le mois d'octobre 2007 et posant le diagnostic de trouble mixte anxio-dépressif (CIM-10 F41.2) avec médication (antidépresseurs et tranquillisants); la psychiatre décrit de l'insomnie, une symptomatologie à prédominance anxieuse, un manque de concentration ainsi qu'un état de tristesse et d'apathie (AI pce 31); - un rapport radiologique du 6 mars 2008 indiquant une rectification de la lordose cervicale, une discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7, une cervico-arthrose modérément sévère en C5-C6 et C6-C7, un renflement discal postéro-central en C5-C6 (AI pce 24); - un rapport du 10 avril 2008 du Dr K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en traumatologie) faisant état d'algies généralisées avec prédominance au niveau cervical et d'un statut dépressif (AI pce 103); - un certificat du 27 mai 2008 du Dr J. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) attestant d'une incapacité de travail de l'assurée du 18 septembre 2007 au 27 mai 2008 pour cause de cervicalgies (AI pce 25); - un certificat médical du 8 juin 2009 de la Dre H. \_\_\_\_\_ (spécialisation non indiquée) constatant une coccygodinie et une incapacité totale de travail dès le 8 juin 2009 pour une durée indéterminée (AI pce 26); - un rapport du 25 juin 2009 du Dr K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en traumatologie) faisant état d'une coccygodinie (AI pce 104); - un rapport radiologique du 14 juillet 2009 du Dr G. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) révélant un kyste de Tarlov en S2 ainsi qu'un léger déplacement antérieur du coccyx sur la partie distale du sacrum (AI pce 27); - un certificat du 12 février 2010 de la Dre H. \_\_\_\_\_ (spécialisation non indiquée) retenant une incapacité totale de travail du 8 juin 2009 au 12 février 2010 en raison d'une coccygodynie et d'autres altérations non spécifiées du dos (AI pce 28); - un rapport du 3 mars 2010 de la Dre H. \_\_\_\_\_ (spécialisation non indiquée) faisant état de varices du membre inférieur droit, de cervicarthrose, de discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7, de polyarthrose, ainsi que d'un syndrome anxieux avec insomnie de conciliation; le médecin décrit des douleurs localisées au niveau du sacrum en raison d'une coccygodynie et traitées par anti-inflammatoires dans le cadre d'un état de santé stationnaire (AI pce 29); - un rapport du 4 mars 2010 du Dr K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en traumatologie) faisant état d'algies généralisées avec prédominance au niveau cervical et d'un statut dépressif (AI pce 105); -

un rapport E 213 du 11 mars 2010 de la Dre L. \_\_\_\_\_ (spécialisation non indiquée), établissant que l'assurée souffre de polyarthrose, cervicarthrose modérée à sévère en C5-C6 et C6-C7, de coccygodynie et de fibromyalgie avec trouble anxio-dépressif mixte, mais demeure apte à travailler dans son métier de vendeuse de produits et matériels pour salons de coiffure, aucune limitation fonctionnelle objective, ni aucune détérioration cognitive, ni symptomatologie anxio-dépressive ou psychotique ne justifiant une incapacité permanente de travail (AI pce 5); - un rapport du 20 mai 2010 du Dr K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en traumatologie) faisant état de douleurs cervicales, discopathie dégénérative C5-C6 et C6-C7, renflement discal postero-central C5-C6, cervico-arthrose modérée à sévère C5-C6 et C6-C7, cervicalgies (AI pce 106); - un rapport du 4 juin 2010 du Dr F. \_\_\_\_\_ (médecin traitant spécialisé en rhumatologie) indiquant suivre l'assurée depuis 2008 et retenant les diagnostics de cervicarthrose sévère, d'uncarthrose, de discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7, d'ostéophytose antérieure et postérieure, de cervicobrachialgie bilatérale, de coxarthrose bilatérale, de coccygodynie chronique récurrente, d'incurvation antérieure du coccyx, de fibromyalgie selon les critères de diagnostics ACIR-90, ainsi que d'un syndrome anxio-dépressif; le médecin relate des paresthésies et dysesthésies à prédominance nocturne dans les quatre membres, des céphalées constantes, des étourdissements et vertiges posturaux; les pathologies de l'assurée sont chroniques et définitives ; les symptômes se péjorent en cas d'efforts et de surcharges lors des positions debout ou assises prolongées; l'intensité des symptômes empêche l'assurée d'exécuter les tâches inhérentes à sa profession habituelle (AI pce 30); - un rapport du 8 juillet 2010 de la Dre E. \_\_\_\_\_ (médecin traitant spécialisée en psychiatrie) indiquant suivre l'assurée depuis le mois d'octobre 2007 pour un trouble anxio-dépressif mixte (CIM-10 F41.2) traité par anxiolitiques, la prise non tolérée d'antidépresseurs ayant été suspendue (AI pce 32); - une prise de position du 8 octobre 2010 de la Dre M. \_\_\_\_\_ (médecin auprès du service médical de l'OAIE [spécialisation non indiquée]) considérant que l'ensemble de la symptomatologie présentée par l'assurée constitue une entrave majeure à l'exercice de toute activité professionnelle (AI pce 34); - un rapport du 30 novembre 2010 de la Dre M. \_\_\_\_\_ (médecin auprès du service médical de l'OAIE [spécialisation non indiquée]) préconisant la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique (AI pce 37); - une expertise bi-disciplinaire effectuée par les Drs B. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et C. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales) et fondée sur : - un rapport du 10 octobre 2011 du Dr B. \_\_\_\_\_ diagnostiquant un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), troubles sans incidence sur la capacité de travail (AI pce 62); - un rapport du 12 octobre 2011 de la Dre C. \_\_\_\_\_ posant les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de cervicarthrose significative sans myélopathie ni radiculopathie (CIM 10 M47.8) et - sans incidence sur la capacité de travail - de trouble statique rachidien avec discrète spondylarthrose (M47.8), d'excès pondéral (E63.2), de varices des membres inférieurs, de status après stripping de varices multiples à droite (I83.9) et de coxarthrose débutante (M16.9 [AI pce 63]); - un rapport du 24 octobre 2011 du Dr J. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) posant les diagnostics de cervicarthrose sévère avec discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7, de coxarthrose bilatérale, de coccygodynie chronique récurrente et de fibromyalgie (AI pce 77 p. 4); - un rapport du 15 novembre 2011 de la Dre I. \_\_\_\_\_ (spécialisation non indiquée) observant des cervicalgies mécaniques dans un contexte de fibromyalgie, des signes de radiculopathies chroniques en C7 sans dysesthésies, une limitation dans les derniers degrés d'inclinaison des cervicales en C5-C6-C7 (AI pce 77 p. 5); - un rapport du 22 novembre 2011 de la Dre M. \_\_\_\_\_

(médecin auprès du service médical de l'OAIE [spécialisation non indiquée]) retenant une limitation de la capacité de travail de 50% dans l'activité de coiffeuse depuis octobre 2007 (AI pce 66); - un rapport du 23 janvier 2012 du Dr K.\_\_\_\_\_ (spécialiste en traumatologie) faisant état de douleurs cervicales chroniques (AI pce 110); - un rapport du 29 janvier 2012 du Dr K.\_\_\_\_\_ (spécialiste en traumatologie) faisant état d'une subluxation antérieure du coccyx (AI pce 111); - un rapport du 1er février 2012 du Dr F.\_\_\_\_\_ (médecin traitant spécialiste en rhumatologie) reprenant les diagnostics déjà retenus et soulignant que les douleurs généralisées exprimées sont intenses, en particulier au niveau des vertèbres cervicales, du coccyx et des hanches, empêchent les stations assise et debout prolongées et entraînent une incapacité de travail permanente et totale dans l'activité habituelle (AI pce 77 p. 1 à 3); - un rapport du 12 mars 2012 de la Dre N.\_\_\_\_\_ (médecin de l'OAIE, spécialisation non indiquée) résumant l'expertise bi-disciplinaire, relevant que le Dr F.\_\_\_\_\_, dans ses rapports des 4 juin 2010 et 1er février 2012, fait état des plaintes de l'assurée sans énoncer de limitations fonctionnelles ni se prononcer sur la capacité de travail de celle-ci et soulignant que le rapport E 213 du 11 mars 2010 reconnaît à l'assurée une capacité totale de travail dans l'exercice de son activité de vendeuse de produits et matériels pour salons de coiffure (AI pce 80); - un rapport du 22 mars 2012 (signature illisible) faisant état de cervicarthrose (AI pce 113); - un rapport du 4 avril 2012 du Dr O.\_\_\_\_\_ (spécialisation non indiquée) faisant état de cervicalgies, cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 (AI pce 114); - un rapport d'expertise privée du 7 juin 2012 de la Dre D.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales) retenant les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de cyphose cervicale et spondylarthrose en C5-C6-C7 sévère, rétrécissement du canal cervical, brachialgie gauche intermittente, renversement postérieur du tronc, possible arthrose facettaire lombaire, discopathie L5-S1 et sciatalgies frustes intermittentes ; la capacité de travail dans l'activité habituelle de gérante d'un magasin grossiste de vente au public de matériels et produits pour salons de coiffure, dans le métier de coiffeuse ou dans des activités de bureau n'excède pas 50% compte tenu de limitations fonctionnelles empêchant toute position prolongée, le port de charges et tout effort des membres supérieurs en hauteur (AI pce 86); - un rapport du 24 août 2012 de la Dre N.\_\_\_\_\_ (médecin de l'OAIE, spécialisation non indiquée) reprenant son rapport du 12 mars 2012 et résumant le rapport d'expertise de la Dre D.\_\_\_\_\_ (AI pce 92); - un rapport E 213 du 24 septembre 2012 posant les diagnostics connus et ne se prononçant pas sur la capacité de travail (AI pce 115).

### **E. 11.2.2**

Donnant suite à l'arrêt de renvoi C-2498/2012 du 11 avril 2014, l'OAIE a recueilli les pièces complémentaires suivantes : - un rapport du 21 janvier 2014 du Dr P.\_\_\_\_\_ (psychiatre) diagnostiquant un trouble anxio-dépressif mixte (CIM-10 F42.1 [recte : F41.2]) et précisant que la recourante faisait l'objet d'un suivi psychiatrique régulier depuis le mois d'octobre 2007 pour de l'anxiété généralisée ainsi que des insomnies et qu'elle se trouvait sous Lorazepam® (AI pce 139); - une ordonnance de médication du 10 juin 2014 mentionnant du Lorazepam® (AI pce 141); - un rapport du 1er septembre 2014 du Dr J.\_\_\_\_\_ (médecin généraliste) diagnostiquant une cervicarthrose sévère avec discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7, une coxarthrose bilatérale, une coccygodinie chronique récurrente, une fibromyalgie, une gastrite atrophique, des polypes gastriques et indiquant que les réponses thérapeutiques aux atteintes rhumatismales sont épuisées, qu'il ne peut pas y avoir d'amélioration clinique par réadaptation et que des traitements palliatifs sont administrés (AI pce 142); - un rapport du 15 septembre 2014 du Dr F.\_\_\_\_\_ (médecin

traitant spécialisé en rhumatologie) concluant à une incapacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle (AI pce 143); - un rapport E 213 du 24 septembre 2014 aux termes duquel le Dr Q.\_\_\_\_\_ (sans spécialisation indiquée) prend acte de multiples points douloureux jugés invalidants par l'intéressée, en particulier de cervicalgies lorsque la patiente se lève, de paresthésies des membres supérieurs en cas de position stationnaire dépassant 10 minutes, de douleurs aux hanches exacerbées à la marche et d'une humeur subdépressive résultant de la fatigue ; observe à l'examen clinique un alignement préservé de la colonne vertébrale lombaire, une mobilité cervicale globalement conservée et sans contracture musculaire palpable, une force conservée dans les membres supérieurs et dans les mains sans déformation articulaire, le mouvement de pince étant conservé , des membres inférieurs sans déficit neurologique, une démarche normale et des réflexes conservés ; signale un sommeil peu réparateur, l'intéressée se levant à 11 heures avant d'accomplir un nombre restreint d'activités à cause des douleurs (tâches ménagères, achats, promenades avec le chien au jardin ou à la plage, lecture, exercices de pilates, hydrothérapie et natation) ; pose les diagnostics de dégénérescences ostéo-articulaires au niveau cervical sans signe d'affection neurologique, de syndrome fibromyalgique et de trouble mixte anxio-dépressif laissant persister une capacité de travail à plein temps dans une activité lucrative moyenne permettant de varier les postures corporelles, notamment dans celle exercée habituellement (AI pce 133); - une prise de position du 12 novembre 2014 du Dr R.\_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie auprès du service médical de l'OAIE) indiquant que la nouvelle documentation portée au dossier n'apporte pas d'information significative supplémentaire; invitant les expertes rhumatologues à prendre en compte les examens médicaux, les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'expertisée, puis à déterminer, en fonction des diagnostics invalidants retenus, les incapacités de travail subies par la recourante dans les différentes tâches associées à son activité de gérante d'un magasin grossiste de vente au public de matériels et produits pour salons de coiffure, à savoir comme manutentionnaire - tâche principale permettant à l'assurée de se déplacer et correspondant à 70% du taux d'occupation -, comme gestionnaire - tâche pratiquée en moyenne durant 90 minutes par jour et correspondant à 20% du taux d'occupation - et comme vendeuse - tâche non statique, exercée durant pas plus d'une heure par jour et correspondant à 10% du taux d'occupation - ; signalant aux expertes que, dans l'exercice de l'activité habituelle de l'assurée, le port de charges est considéré comme moyennement lourd lorsque le poids des charges dépasse 15 kg et leur demandant de décrire les activités de substitution exigibles de la part de l'assurée et à quel taux (AI pce 147 p. 5-6); - un complément d'expertise du 23 mars 2015 de la Dre C.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie) retenant, compte tenu des activités de l'assurée dans son travail, que le diagnostic de cervicarthrose sans myélopathie ni radiculopathie ne contre-indique pas l'activité de vendeuse ou de gestionnaire et que la recourante peut travailler dans toute activité où les charges ne dépassent pas 5 kg de manière répétée et 15 kg de manière occasionnelle ; une activité uniquement debout, la tête penchée sur l'avant comme dans le métier de coiffeuse ne peut dépasser 50% (AI pce 160); - un complément d'expertise du 18 août 2015 de la Dre D.\_\_\_\_\_ qui considère, après un examen de la capacité de travail selon la répartition des activités de l'assurée dans son travail, que celle-ci est inexistante; que l'activité de magasinnière ne peut plus être exercée; que les activités de gestionnaire ne peuvent pas être effectuées par tranches de 5 minutes d'où une incapacité totale de travail dans ce cadre; que, s'agissant de la vente, un roulement de 10 clients par heure durant les périodes de pointe ne permet pas à l'assurée de s'asseoir, ce qui entraîne une capacité de travail de 0% dans

l'activité de vendeuse exercée à 10% ; qu'au mieux, une capacité de travail de 50% comme vendeuse est admissible en cas de fréquentation permettant à l'assurée de s'asseoir et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de ports de charges moyennes à lourdes, pas d'efforts répétés des membres supérieurs, pas de stations assises prolongées, pas de stations debout prolongées, sans montées et descentes itératives d'escaliers, sans positions accroupies (AI pce 168). L'experte joint à son rapport les nouvelles pièces médicales suivantes : - un rapport du 11 mars 2015 du Dr S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) faisant état d'un traitement en cours pour une bursite trochantérienne profonde (AI pce 169); - un rapport de résonance magnétique du 27 avril 2015 du Dr T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) faisant état de chondromalacie aux genoux (AI pce 170); - un rapport du 30 avril 2015 de la Clinique U. \_\_\_\_\_ relatant une infiltration articulaire d'acide hyaluronique (AI pce 171); - un rapport daté du 4 juin 2015 et complété le 18 juin 2015 par le Dr V. \_\_\_\_\_ (sans spécialisation indiquée) de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ relatant des douleurs aux genoux depuis 6 mois et diagnostiquant une chondropathie rotulienne sévère, une bursite trochantérienne, une hypertension rotulienne, des modifications dégénératives débutantes des hanches et des genoux, une lésion labrale débutante en relation avec un impingement du psoas et une lésion partielle du moyen fessier gauche (AI pce 172); - un rapport d'arthro-résonance magnétique effectuée le 11 juin 2015 à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ au niveau de la hanche gauche (AI pce 173); - un rapport du 10 juillet 2015 du Dr F. \_\_\_\_\_ (médecin traitant spécialisé en rhumatologie) évoquant un syndrome pyramidal bilatéral et prescrivant un traitement (AI pce 174); - un rapport du 26 janvier 2016 de la Dre X. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du service médical de l'OAIE) concluant à l'absence d'incapacité de travail durable et objective sur le plan psychiatrique (AI pce 180); - un rapport établi le 18 février 2016 et complété le 10 juin 2016 par un consilium de médecins du service médical de l'OAIE concluant à une incapacité de travail de 50% comme coiffeuse dès le 18 septembre 2007, de 20% comme magasinnière dès le 18 septembre 2007, de 0% comme gestionnaire et de 0% dans une activité adaptée (AI pces 182 et 197).

## **E. 12**

À l'appui de la décision litigieuse déniait à la recourante tout droit à la rente, l'OAIE s'est principalement fondé sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire établi par les Drs C. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie) et B. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), ainsi que sur les évaluations de son service médical (cf. rapports de la Dre X. \_\_\_\_\_ [spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie] et d'un consilium de spécialistes de son service médical. La recourante conteste toute valeur probante à l'ensemble de ces évaluations. Se fondant sur les avis de la Dre D. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales) et du Dr F. \_\_\_\_\_ (médecin traitant spécialisé en rhumatologie), elle réclame le versement d'une rente entière correspondant à une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis le 22 août 2010.

## **E. 13**

L'expertise bi-disciplinaire a été établie sur le plan rhumatologique par la Dre C. \_\_\_\_\_ et sur le plan psychiatrique par le Dr B. \_\_\_\_\_. Volet psychiatrique

### **E. 14.1**

Selon le rapport d'expertise psychiatrique du 10 octobre 2011 établi par le Dr B. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), la recourante exprime des douleurs de la région cervicale qu'elle attribue à sa profession de coiffeuse. Depuis 2007, les plaintes se sont aggravées et une symptomatologie anxieuse et dépressive de peu de sévérité s'y est ajoutée. À partir de 2008, des coccygodynies que l'expertisée lie à un long voyage en voiture sont apparues. Elle vit seule avec son époux. L'entente conjugale et familiale est bonne. Elle explique se lever entre 10 et 11 heures et se coucher entre 1 et 2 heures du matin, sans faire grand-chose de ses journées. Elle est indépendante pour les activités de la vie quotidienne. Elle passe un peu la poussière, le ménage, la lessive et le repassage étant effectués par une aide-ménagère et par sa belle-soeur. Elle prépare la plupart des repas, les courses étant portées par son mari, qui se charge également de la gestion administrative du ménage. Elle dispose d'un réseau social conséquent. Elle ne se sent pas isolée et garde des contacts étroits avec sa famille. L'expert constate que la plainte principale de l'assurée porte sur des douleurs affectant l'appareil locomoteur (dos, zone cervicale, tête, coccyx). Les douleurs sont intenses et associées à une détresse qui ne fait aucun doute. Elles ne sont cependant pas fondées sur un socle organique objectif suffisant à les expliquer entièrement. L'expert observe en outre une symptomatologie dépressive de peu de sévérité chez une patiente qui rapporte un sentiment de tristesse, une perte d'intérêt, des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit et de la libido, sans paraître sévèrement déprimée. L'expertisée est orientée dans le temps et dans l'espace, parfaitement vigile, sans troubles attentionnels ou mnésiques, sans déficits praxis et gnosiques, sans troubles cognitifs. Ses facultés de jugement et de raisonnement sont parfaitement fonctionnelles. L'expert retient un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) compte tenu d'un tableau clinique d'anxiété et de dépression de peu de sévérité, l'expertisée rapportant des éléments dépressifs inconstants et de peu de sévérité (tristesse, perte d'intérêt et du plaisir, insomnies, diminution de l'appétit et de la libido, fatigue permanente), ainsi que quelques symptômes neurovégétatifs d'accompagnement, et réfutant les indices de dépression grave que constitueraient une baisse sévère de l'estime de soi, une culpabilité pathologique et des idées suicidaires. L'expert diagnostique en outre un trouble douloureux somatoforme persistant. Dans ce cadre, il souligne que la comorbidité psychiatrique est celle d'un simple trouble anxieux et dépressif mixte dont le seuil est par définition en dessous de celui d'un trouble anxieux spécifique et d'un épisode dépressif typique, de sorte qu'il ne saurait être corrélé à de quelconques limitations psychiatriques significatives ni à une incapacité de travail. Il ajoute que l'assurée a conservé un réseau social conséquent. L'expertisée dit avoir des amis et entretenir des liens familiaux étroits, de sorte que l'on ne saurait admettre la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Elle ne présente pas d'affection corporelle chronique grave nécessitant un traitement continu. Sachant que les troubles de l'assurée durent depuis plusieurs années, le processus maladif de longue durée est admissible, de même que la résistance au traitement selon les règles de l'art. Toutefois, l'assurée reste relativement vive et communicative. Elle dispose de capacités d'adaptation, capable de se reprendre et d'intégrer les explications données par l'expert, qui écarte par conséquent un état psychique « cristallisé ». En considération de ce qui doit l'être en présence de troubles somatoformes ou apparentés, l'expert considère que du point de vue strictement psychiatrique, aucune incapacité de travail ne peut être retenue en l'espèce, l'assurée devant être à même de faire l'effort nécessaire pour surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et réintégrer le monde ordinaire du travail en plein. Des mesures professionnelles n'ont guère de sens, l'assurée se considérant comme totalement incapable

de travailler. Le pronostic à long terme n'est pas nécessairement défavorable, sachant que l'assurée ne souffre finalement pas d'une pathologie psychiatrique gravissime et qu'un trouble de la personnalité avec sa valeur pronostique défavorable peut être raisonnablement exclu. Cela étant, l'expert retient, sur le plan strictement psychiatrique, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), sans indices de majoration des symptômes ou simulation, et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), sans incidence sur la capacité de travail (AI pce 62).

#### **E. 14.2**

L'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ ayant été établie à l'aune des critères d'examen prévalant sous l'empire de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 9.1 supra), l'OAIE a soumis le cas à son service médical afin d'opérer un examen de celui-ci à la lumière des nouveaux indicateurs standards d'évaluation du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux.

##### **E. 14.2.1**

Selon le rapport en résultant établi le 26 janvier 2016 par la Dre X. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie auprès du service médical de l'OAIE), les plaintes principales de l'assurée sont des douleurs affectant essentiellement l'appareil locomoteur. Elles sont intenses, accompagnées d'une détresse qui ne fait aucun doute, sans toutefois être fondées sur un socle organique objectif suffisant à les expliquer entièrement. Du point de vue psychiatrique, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) constitue le diagnostic principal, celui de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) correspondant à un diagnostic secondaire sans valeur incapacitante.

##### **E. 14.2.2**

S'agissant du complexe « atteinte à la santé », l'assurée rapporte des éléments dépressifs inconstants et de peu de sévérité (tristesse, perte d'intérêt et du plaisir, insomnies, diminution de l'appétit et de la libido, fatigue permanente). Ces symptômes anxieux et dépressifs sont sans gravité et n'ont pas la sévérité suffisante pour poser un diagnostic spécifique du domaine de l'anxiété et de la dépression, de sorte que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) est retenu, l'intéressée ne présentant aucun indice de dépression grave telle qu'une baisse sévère de l'estime de soi, une culpabilité pathologique ou des idées suicidaires. S'agissant du trouble douloureux somatoforme persistant, il ne présente pas suffisamment de critères de gravité (réseau social conséquent, forts liens familiaux, affection corporelle chronique ne nécessitant pas un traitement continu). Les seuls points défavorables sont le processus maladif de longue durée et la résistance au traitement conduit dans les règles de l'art. L'assurée dispose cependant de ressources conséquentes qu'elle a su faire valoir pendant de nombreuses années. Elle ne présente pas d'éléments psychotiques ni de troubles cognitifs. Aucun indice de majoration des symptômes ou de simulation n'a été décelé, de même qu'aucun critère d'exclusion du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. S'agissant des traitements médicamenteux, l'assurée n'a supporté ni les antidépresseurs ni le Lyrica®. Elle ne prend que des benzodiazépines, des benzodiazépines-likes et des anti-inflammatoires non stéroïdiens avec un protecteur gastrique. Les benzodiazépines calment l'anxiété, mais ils ne soignent pas la dépression. L'assurée ne présentant pas d'épisodes dépressifs majeurs de sévérité moyenne à grave, l'interruption de la prise d'antidépresseurs n'a pas eu d'incidence majeure sur l'évolution du tableau clinique. L'assurée a une vision d'elle-même plus

pessimiste que celle des experts. L'anxiété suscitée par le vécu douloureux a annihilé toute volonté de s'exposer à nouveau à des situations professionnelles susceptibles d'entraîner le même ressenti. La fixation sur le vécu douloureux l'empêche d'avoir une vision objective de sa situation actuelle. Après une tentative de reprise du travail entre mai 2008 et juin 2009 lors de laquelle elle a été aidée par son mari et des employées, l'assurée a cessé définitivement toute activité professionnelle (coccygodynie et autres altérations du dos). À titre de comorbidités sont retenues, sur le plan psychiatrique, celle de trouble anxieux dépressif mixte (F41.2) et, sur le plan rhumatologique, celles de cervicarthrose sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8), d'excès pondéral (E63.2), de varices des membres inférieurs, de status après stripping de varices multiples à droite (I83.9) et de coxarthrose débutante (M 16.9).

#### **E. 14.2.3**

S'agissant du complexe « personnalité », l'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent. Elle s'est en particulier révélée singulièrement active et autonome, développant sa propre entreprise en Suisse et en Espagne. Elle n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Son intégration sociale et ses capacités relationnelles sont préservées. Sachant qu'un trouble de la personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, un trouble grave et incapacitant en soi de la personnalité est écarté.

#### **E. 14.2.4**

S'agissant du « contexte social », l'assurée a conservé un réseau social conséquent, a des amis et soigne des liens familiaux étroits. Ses facultés d'adaptation et de communication avec autrui sont préservées, de sorte qu'aucune perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est à déplorer.

#### **E. 14.2.5**

Sur le plan de la « cohérence », l'assurée évoque quelques limitations par rapport aux loisirs qu'elle pratiquait précédemment (sorties au cinéma ou au théâtre) et une diminution de son indépendance, indiquant avoir pu voyager jusqu'en Suisse grâce à la présence de son mari qui a porté les bagages et sans lequel elle aurait été perdue dans l'aéroport de Madrid et dans une ville qu'elle ne connaît pas. Les limitations ainsi évoquées sont relativement uniformes, mais d'une gravité insuffisante pour justifier une incapacité de travail définitive et durable. Le processus maladif de longue durée ainsi que la résistance au traitement selon les règles de l'art sont admissibles, les troubles de l'assurée perdurant depuis plusieurs années.

#### **E. 14.2.6**

La Dre X.\_\_\_\_\_ conclut à la valeur probante du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ et, après examen des indicateurs standards, partage l'appréciation de l'expert selon lequel aucune incapacité de travail durable et objective ne peut être retenue sur le plan psychiatrique (AI pce 180).

#### **E. 14.3.1**

L'expert B.\_\_\_\_\_ et la Dre X.\_\_\_\_\_ ont exposé les critères objectifs et pertinents favorables aux diagnostics retenus. Concernant le trouble anxieux et dépressif mixte, ils ont pris en considération les éléments dépressifs inconstants et de peu de sévérité rapportés (tristesse, perte d'intérêt et du plaisir, troubles du sommeil, diminution de l'appétit et de la libido, fatigue permanente), ainsi que des facteurs neurovégétatifs (AI pces 62 p. 10 et 180 p. 3). S'agissant du trouble somatoforme douloureux, ils ont indiqué que les plaintes

principales de l'assurée sont d'intenses douleurs touchant essentiellement l'appareil locomoteur (cervicarthrose, coccygodynies chroniques, coxarthrose bilatérale débutante). Celles-ci sont fondées sur un socle organique objectif ne suffisant pas à expliquer entièrement les plaintes, accompagnées d'une détresse reconnue et persistent depuis de nombreuses années malgré les suivis et traitements médicaux opérés dans les règles de l'art (AI pces 62 p. 11 et 180 p. 2).

#### **E. 14.3.2**

Concernant l'appréciation des spécialistes selon laquelle le trouble anxio-dépressif mixte et le syndrome douloureux somatoforme persistant ne justifient pas d'incapacités de travail, le Tribunal constate qu'elle est convaincante à la lumière des nouveaux critères jurisprudentiels (consid. 9 supra). Si en tant que facteurs d'incapacité, l'on peut en effet retenir certaines caractéristiques des diagnostics posés tels la tristesse, la perte d'intérêt et du plaisir, les troubles du sommeil, la diminution de l'appétit et de la libido, la fatigue permanente, les douleurs intenses et la détresse, le Tribunal constate que ces facteurs sont légers et mineurs en regard des constats de l'expert selon lesquels la recourante est parfaitement vigile, orientée dans le temps et dans l'espace, ne présente pas de troubles attentionnels ou mnésiques, ni de déficits praxis et gnosiques, ni de troubles cognitifs. Ses facultés de jugement et de raisonnement sont parfaitement fonctionnelles. Il n'y a pas de culpabilité. En outre, l'assurée dispose d'importantes et nombreuses ressources personnelles. Décrites comme étant intenses, les douleurs ne dominent toutefois pas le déroulement des journées que l'assurée est à même de structurer et de remplir en se levant aux environs de 10 ou 11 heures et se couchant entre 1 et 2 heures du matin. Entre deux, elle s'affaire à quelques tâches ménagères (époussetage, préparation des repas) et s'adonne à des activités de loisirs (soirées passées à regarder la télévision, lecture, rencontres entre amis ou avec la famille, promenades). Les ressources personnelles de l'assurée lui ont en outre permis de soigner de fortes interactions sociales, y compris à l'extérieur de son domicile, et de préserver un cadre familial harmonieux. Elle ne souffre d'aucun sentiment d'isolement. Dans la mesure où l'expert fait état d'une détresse, le Tribunal souligne que le trouble anxio-dépressif mixte est traité moyennant une consultation d'une dizaine de minutes tous les 3 à 6 mois auprès de la psychiatre traitante (AI pce 62 p. 6) et la prise de benzodiazépines, l'abandon des antidépresseurs s'étant révélé sans incidence. Pareil suivi n'est pas compatible avec une affection psychique conséquente. Le poids des douleurs et de la souffrance n'engendrent ainsi aucun retrait social dans toutes les manifestations de la vie de la recourante.

#### **E. 14.3.3**

Au vu du caractère léger et mineur des facteurs d'incapacité, des aptitudes cognitives et des ressources personnelles dont la recourante dispose, une capacité entière de travail peut être confirmée d'un point de vue psychiatrique. L'appréciation sur ce point de l'expert B. \_\_\_\_\_ et de la Dre X. \_\_\_\_\_, fondée sur une appréciation approfondie du dossier, sur un examen clinique de l'assurée par le Dr B. \_\_\_\_\_ et à la lumière des indicateurs standards, se révèle dûment motivée, cohérente et justifie pleine valeur probante. Ces conclusions ne sont infirmées par aucune pièce médicale figurant au dossier et émanant d'un spécialiste en psychiatrie, en particulier pas par la psychiatre traitante qui n'atteste d'aucune incapacité de travail en lien avec les affections psychiques qu'elle diagnostique (cf. rapports des 24 janvier 2008 et 8 juillet 2010 de la Dre Otero Lago, médecin psychiatre traitant [AI pces 31, 32] ; voir également rapport du 21 janvier 2014 du Dr Bouzón Barreiro, psychiatre

[AI pce 139 ; cf. supra consid. 11.2.2 p. 19]). En outre, aucune péjoration de l'état de santé psychique ne ressort de la documentation figurant au dossier, la recourante n'ayant en particulier exprimé aucun allégué ni produit aucun nouveau rapport en ce sens dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 20 juin 2014 (cf. AI pce 131) et de l'instruction médicale en résultant (cf. rapport E 213 du 24 septembre 2014 [AI pce 133 ; cf. supra consid. 11.2.2 p. 20]). Dans ces circonstances, il peut être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'au moment du prononcé litigieux, l'état de santé psychique de la recourante était stabilisé et renoncé, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 p. 298-299), à procéder à des investigations complémentaires à cet égard (cf. également infra consid. 23.2).

#### **E. 14.4**

Partant, le Tribunal constate que les diagnostics de trouble anxio-dépressif mixte et de syndrome douloureux somatoforme persistant n'entraînent aucune incapacité de travail (cf. rapports des 10 octobre 2011 du Dr B. \_\_\_\_\_ ; du 26 janvier 2016 de la Dre X. \_\_\_\_\_ ; des 24 janvier 2008 et 8 juillet 2010 de la Dre E. \_\_\_\_\_ ; du 21 janvier 2014 du Dr P. \_\_\_\_\_ [AI pces 62, 180, 31, 32, 139]). Volet rhumatologique

#### **E. 15.1**

Selon le rapport de la Dre C. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie) établi le 21 octobre 2011 et complété le 23 mars 2015, la recourante présente depuis 2007-2008 un état douloureux diffus, intense, rebelle à toutes les thérapeutiques et associé à des sensations de malaise général. En particulier, l'expertisée fait état de douleurs qu'elle évalue - à l'aune de l'échelle EVA à 9/10 au niveau de la nuque, du coccyx, du dos, des membres supérieurs et à 6/10 au niveau du bas du dos et des jambes. La prise de Dafalgan® soulage les douleurs dont l'intensité est alors réduite à 4/10, l'expertisée précisant limiter cette médication compte tenu des effets secondaires dont elle est assortie. De manière générale, l'experte observe une personne prompte, agile et harmonieuse dans sa gestuelle, laquelle n'est pas limitée. L'expertisée se déplace sans limitation manifeste. Elle peut pencher le tronc sans restriction évidente pour saisir son sac ou des médicaments qui s'y trouvent, la région sternale atteignant facilement la face antérieure des cuisses. Elle peut fléchir la tête vers le sternum en manipulant ses affaires, effectuer en parlant des mouvements de rotation de la nuque qui n'apparaissent pas non plus limités et qui ne s'accompagnent pas de signes extérieurs de souffrance. Procédant à l'examen ostéo-articulaire, l'experte signale une modification de la gestuelle de la recourante au niveau de la flexion du rachis et de la rotation de la nuque qui apparaissent notablement limitées par rapport à la gestuelle spontanée décrite ci-dessus et à l'absence de limitation lors du déshabillage. Les membres supérieurs - sans limitation d'amplitude - sont eutrophiques, de même que les membres inférieurs, la flexion, l'extension et l'abduction étant préservées. L'expertisée est à même de s'agenouiller et de se relever, non sans signaler alors des douleurs au niveau du sacrum et du coccyx. L'examen neurologique révèle un status conscient, bien orienté, un focus de l'attention maintenu près de 3 heures durant ; une nuque souple ; un Lasègue, un rétro-Lasègue et un Bragard négatifs ; pas de trémor, pas de mouvement anormal, pas de libération de réflexe archaïque ou pathologique. Sur le plan psychosomatique, l'experte diagnostique un syndrome somatoforme douloureux persistant (F 45.4) en présence de 14/18 points de fibromyalgie, soulignant un seuil très élevé de la douleur sans adéquation avec l'examen clinique et radiologique. Procédant à l'appréciation du cas, l'experte retient des douleurs étendues et généralisées dans un contexte de troubles

dégénératifs sans limitation évidente de la mobilité. Elle souligne de multiples défauts de concordances entre les plaintes subjectives et les éléments objectifs. En effet, l'examen clinique révèle un sujet présentant un état de santé général parfaitement conservé, ainsi qu'un état d'eutrophie musculaire, sans déconditionnement significatif. L'appareil locomoteur est normal. Lorsque l'on observe l'expertisée dans sa gestuelle spontanée, lorsqu'elle est distraite par le dialogue de l'anamnèse, elle n'affiche pas un comportement algique, elle est souple, vive, avec des amplitudes de mouvements parfaitement conservées. De manière ponctuelle, des autolimitations apparaissent en cours d'examen, avec l'évocation de douleurs et l'émission de gémissements lorsque les zones anatomiques décrites par l'expertisée comme chroniquement très douloureuses sont testées. Le comportement douloureux et les limitations varient en fonction de la distractibilité et ne sont pas consistants. Le rachis ainsi que les articulations sont bien mobiles. Au chapitre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, l'experte retient ceux de trouble statique rachidien avec discrète spondylarthrose (M 47.8), d'excès pondéral (E 63.2), de varices des membres inférieurs, de status après stripping de varices multiples à droite (I 83.9) et de coxarthrose débutante (M 16.9). De concert avec l'expert psychiatre, elle ajoute que le trouble somatoforme douloureux persistant n'est pas non plus invalidant, les diagnostics différentiels de rhumatisme inflammatoire, maladie systémique et affection évolutive ayant été écartés. Elle relève également un trouble anxieux et dépressif mixte qui n'atteint pas un seuil d'incapacité de travail, mais qui peut perturber quelque peu le seuil de sensibilité à la douleur. En revanche, le diagnostic de cervicarthrose sans myélopathie ni radiculopathie (M 47.8) entraîne une incapacité de travail de 50% dans une activité exercée debout, tête penchée sur l'avant, comme dans le métier de coiffeuse. En revanche, il ne contre-indique pas l'exercice de l'activité de vendeuse ni celle de gestionnaire. L'assurée dispose d'une capacité entière de travail dans une activité lucrative favorisant l'alternance des positions assise et debout et restreignant le port de charges à 5 kg de manière répétée et à 15 kg de manière occasionnelle, telle l'ancienne activité de gérante d'un magasin grossiste de vente au public de produits et matériels pour salons de coiffure, laquelle impliquait des tâches de vendeuse, gestionnaire et magasinnière exercées selon un taux d'occupation de respectivement 10% (soit moins d'une heure/jour), 20% (soit environ 1h30mn/jour) et 70%, poste s'apparentant à celui de logisticienne (AI pces 63 et 160).

### **E. 15.2**

Le rapport d'expertise rhumatologique se fonde sur des examens complets et pratiqués sur la personne de l'assurée. Les plaintes exprimées par celle-ci sont prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. La logique est constante, de même que l'argumentation est exempte de contradictions. Les points litigieux font l'objet d'une étude circonstanciée. Les déterminations sont établies en pleine connaissance de l'anamnèse, de même que les conclusions de l'experte, spécialiste en rhumatologie, sont dûment motivées. Contrairement à ce que la recourante soutient, l'experte confronte son point de vue avec celui initial de la Dre D. \_\_\_\_\_ et se détermine sur les taux d'incapacité de travail de la recourante dans les différents champs de son activité professionnelle de gérante d'un magasin (cf. rapport du 23 mars 2015 [AI pce 160 p. 2 ch. 2 et 3]). L'énoncé particulièrement détaillé des questions explique le contenu bref mais complet et pertinent des réponses. Les conclusions de l'experte afférentes à la capacité de travail de l'assurée sont examinées à l'aune du diagnostic invalidant retenu de cervicarthrose sans myélopathie ni radiculopathie et de l'activité professionnelle spécifique de l'assurée déployée à 70% comme magasinnière, à 20% comme gestionnaire et à 10% comme

vendeuse. Les conclusions retenant une capacité entière de travail dans une activité adaptée à l'état de santé sont en adéquation avec les limitations somatiques observées à l'examen clinique par l'experte (cf. rapport du 12 octobre 2011 [AI pce 63 p. 13-20]). Les considérations de l'experte selon lesquelles la recourante peut se faire aider dans l'accomplissement des tâches les plus lourdes afférentes à son activité de gérante d'un magasin, même si elles ne relèvent pas du mandat d'expertise médicale, sont en l'occurrence sans incidence sur l'issue du litige et ne sauraient mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise, dès lors que le port de charges lourdes est expressément exclu par l'experte de la capacité de travail de l'assurée. Le fait que le rapport du 23 mars 2015 ne prend pas en considération les nouvelles plaintes exprimées par l'assurée à partir de 2014 n'entache pas non plus la valeur probante de l'expertise C.\_\_\_\_\_, dès lors qu'il constitue un complément au premier rapport du 12 octobre 2011, lequel ne pouvait pas porter sur des atteintes survenues trois années plus tard. En outre et comme son intitulé l'indique, le rapport complémentaire ne saurait être envisagé pour lui-même, sans lecture parallèle du rapport initial du 12 octobre 2011. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise rhumatologique de la Dre C.\_\_\_\_\_ s'agissant des premières atteintes à la santé évoquées par la recourante.

## **E. 16**

S'agissant des nouvelles atteintes à la santé (bursite trochantérienne profonde, chondropathie rotulienne sévère, hypertension rotulienne, chondromalacie aux genoux, modifications dégénératives débutantes au niveau des hanches et des genoux, lésion labrale débutante en relation avec un impingement du psoas, lésion partielle du moyen fessier gauche), elles ont été évaluées par un consilium de médecins du service médical de l'OAIE spécialisés en médecine interne, en médecine générale, en médecine physique et rééducation, en rhumatologie et en psychiatrie, dont l'évaluation médicale est mise en cause par la recourante.

### **E. 16.1**

Aux termes des rapports établis les 18 février 2016 et 10 juin 2016 (AI pces 182, 197), le consilium expose que la chondromalacie débutante (grade II) du genou constatée le 27 avril 2015 correspond à des fissures dans le cartilage sans ulcération ni perte de substance, n'agressant pas l'os sous-jacent. Le cartilage articulaire n'étant pas innervé, les douleurs ressenties correspondent plutôt à un léger oedème inflammatoire de l'os sous-jacent. S'agissant d'une modification quasi-constante dans la population au-delà de la quarantaine, la chondromalacie peut préfigurer et précéder l'arthrose. Elle est toutefois considérée comme constituant une pathologie mineure qui ne requiert pas d'indication opératoire et dont le traitement se résume principalement à des exercices de stabilisation du genou associés parfois à la prise de chondroïtines et de glucosamine sulfates. La chondropathie rotulienne « sévère » observée le 4 juin 2015 constitue une interprétation de la chondromalacie évoquée le 27 avril 2015, une telle aggravation en deux mois n'étant pas envisageable sans avoir été objectivée par une nouvelle IRM. L'arthro-résonance magnétique du 11 juin 2015 motivée par une douleur trochantérienne révèle une rupture de 11 mm dans le tendon d'insertion du muscle moyen fessier gauche. Le rapport du 10 juillet 2015 du Dr F.\_\_\_\_\_ révèle un syndrome du pyramidal bilatéral et ordonne un traitement, celui-ci consistant en règle générale en physiothérapie (ultrasons, massages), prise d'anti-inflammatoires, infiltration de corticostéroïdes ou stretching. Une infiltration articulaire a eu lieu le 30 avril 2015 dans les genoux sous la forme d'une

viscosupplémentation (injection de 6 ml d'acide hyaluronique) susceptible de calmer les douleurs. La coxarthrose débutante et la chondropathie rotulienne n'occasionnent pas de limitations fonctionnelles chez l'assurée, la coxarthrose droite étant très débutante et la bursite constituant une affection transitoire non incapacitante à long terme. Le consilium infère de ces considérations que la recourante subit, depuis le 18 septembre 2007, une incapacité de travail de : - 50% comme coiffeuse, les lombalgies limitant la durée de la station debout et le piétinement, les nuchalgies limitant la durée des activités effectuées tête penchée sur l'avant ; - 20% comme magasinnière pour les mêmes motifs que ceux susmentionnés; - 0% comme gestionnaire ; - 0% dans une activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles décrites par les rhumatologues.

### **E. 16.2**

Cela étant, il apparaît que l'avis du consilium a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, prenant en considération en particulier les radiographies du 9 avril 2012, les rapports du 15 septembre 2014 et du 10 juillet 2015 du Dr F.\_\_\_\_\_, le rapport du 11 mars 2015 du Dr S.\_\_\_\_\_, la résonance magnétique du 27 avril 2015 de la Dresse T.\_\_\_\_\_, le rapport du 4 juin 2015 du Dr V.\_\_\_\_\_, le rapport du 11 juin 2015 de l'Hospital W.\_\_\_\_\_, et le rapport du 30 avril 2015 de la Clinique U.\_\_\_\_\_. Les nouvelles plaintes exprimées par la recourante ont été prises en considération, faisant l'objet d'une étude circonstanciée. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions sont cohérentes, exemptes de contradictions, dûment motivées et fondées sur les pièces - notamment radiologiques - au dossier. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la valeur probante des rapports établis les 18 février 2016 et 10 juin 2016 par le consilium.

### **E. 17.1**

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans constate, sur le plan somatique, que l'expertise C.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de trouble statique rachidien avec discrète spondylarthrose (M 47.8), d'excès pondéral (E 63.2), de varices des membres inférieurs, de status après stripping de varices multiples à droite (I 83.9) et de coxarthrose débutante (M 16.9). En revanche, le diagnostic de cervicarthrose sans myélopathie ni radiculopathie (M 47.8) entraîne une incapacité de travail de 50% dans une activité exercée debout, tête penchée sur l'avant, comme dans le métier de coiffeuse. Il ne contre-indique pas l'exercice des activités de vendeuse ou de gestionnaire. L'assurée dispose d'une capacité entière de travail dans une activité lucrative restreignant le port de charges à 5 kg de manière répétée et à 15 kg de manière occasionnelle, telle dans l'ancienne activité de gérante d'un magasin grossiste de vente au public de produits et matériels pour salons de coiffure, laquelle impliquait des tâches de vendeuse, gestionnaire et magasinnière exercées selon un taux d'occupation de respectivement 10% (soit moins d'une heure/jour), 20% (soit environ 1h30mn/jour) et 70% (AI pces 63 et 160). Ces conclusions sont corroborées par le Dr Q.\_\_\_\_\_ (pas de spécialisation indiquée) qui considère également que les atteintes à la santé de l'assurée qu'il retient - dégénérescences ostéoarticulaires au niveau cervical sans signe d'affection neurologique, syndrome fibromyalgique, trouble mixte anxio-dépressif - laissent persister une capacité de travail à plein temps dans une activité lucrative moyenne permettant de varier les postures corporelles, notamment dans celle de gérante d'un magasin de vente au public de produits et matériels pour salons de coiffure (cf. rapport E213 du 24 septembre 2014 [AI pce 133]). Elles le sont également par la Dre L.\_\_\_\_\_ (pas de spécialisation

indiquée) qui indique que l'assurée souffre de polyarthrose, cervicarthrose modérée à sévère en C5-C6 et C6-C7, de coccygodynie et de fibromyalgie avec trouble anxio-dépressif mixte, mais demeure apte à travailler dans son métier de vendeuse de produits et matériels pour salons de coiffure, aucune limitation fonctionnelle objective, ni aucune détérioration cognitive, ni symptomatologie anxio-dépressive ou psychotique ne justifiant une incapacité permanente de travail (rapport E 213 du 11 mars 2010 [AI pce 5]). Elles ne sauraient être remises en cause par les incapacités de travail constatées par le Dr J. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste; cf. rapports des 27 mai 2008, 24 octobre 2011, 1er septembre 2014 [AI pces 25, 77,142]) et la Dre H. \_\_\_\_\_ (spécialisation non indiquée ; rapports des 8 juin 2009, 12 février 2010, 3 mars 2010 [AI pces 26, 28, 29]), lesquelles ne sont pas dûment motivées.

### **E. 17.2**

Les conclusions de l'expertise C. \_\_\_\_\_ s'écartent en revanche de celles du consilium dans la mesure où celui-ci retient, depuis le 18 septembre 2007, une incapacité de travail supplémentaire de 20% dans l'activité de magasinnière compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par les expertes rhumatologues (AI pce 182). Ces dernières conclusions prises en considération des nouvelles atteintes à la santé de la recourante, fondées sur des développements convaincants et un rapport ayant pleine valeur probante, emportent la conviction de la cour. Elles ne sont de surcroît infirmées par aucun des rapports médicaux relatifs aux nouvelles atteintes à la santé joints au complément d'expertise du 18 août 2015 de l'experte D. \_\_\_\_\_ (cf. supra consid. 11.2.2 p. 22), lesquels n'attestent d'aucune incapacité de travail correspondante.

### **E. 17.3**

Partant et dans la mesure où l'expertise C. \_\_\_\_\_ ne prend pas en considération les nouvelles atteintes à la santé, le Tribunal retient que la recourante dispose, depuis le 18 septembre 2007, d'une capacité résiduelle de travail de : - 50% dans une activité exercée debout, tête penchée sur l'avant, comme dans le métier de coiffeuse ; - 80% dans l'activité de magasinnière précédemment exercée avec les limitations fonctionnelles retenues par l'experte C. \_\_\_\_\_ (port de charges limité à 5 kg de manière répétée et à 15 kg de manière occasionnelle) ; - 100% dans les activités de gestionnaire et de vendeuse précédemment exercées ; - 100% dans une activité lucrative adaptée légère à moyenne favorisant l'alternance des positions debout et assise et impliquant un port de charges limité à 5 kg de manière répétée et à 15 kg de manière occasionnelle.

### **E. 18**

Contrairement à ce qui précède, la recourante soutient subir une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative. À l'appui de son point de vue, elle se fonde sur un rapport d'expertise privée établi le 7 juin 2012 et complété le 18 août 2015 par la Dre D. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne et des maladies rhumatismales [cf. consid. 11.2 supra]), ainsi que sur l'avis de son rhumatologue traitant (cf. rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ des 4 juin 2010, 1er février 2012, 15 septembre 2014 et 10 juillet 2015 [cf. consid. 11.2 supra]).

#### **E. 18.1.1**

À l'issue d'un examen opéré sur la personne de la recourante, la Dre D. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de troubles dégénératifs débutants fémoro-patellaires, de pieds plats transverses, de douleurs insertionnelles sans relation avec les arthroses, de coccygodinies chroniques, d'état anxio-dépressif, de surcharge pondérale modérée, de coxarthrose, de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux persistant.

En revanche, elle considère que les diagnostics de cyphose cervicale et spondylarthrose C5-C6 et C6-C7 sévères, de rétrécissement du canal cervical, de brachialgies gauches intermittentes, de renversement postérieur du tronc, de possibles arthroses facettaires lombaires, de discopathie L5-S1 et de sciatalgies frustes intermittentes entraînent une intolérance aux positions debout, fléchie ou assise prolongées (exacerbant les lombalgies) ; aux positions fléchies prolongées de la nuque comme aux positions en extension cervicale ainsi qu'à celles impliquant de tenir les membres supérieurs en hauteur (favorisant les cervicalgies) ; aux efforts répétés des membres supérieurs comme aux ports de charges moyennes à lourdes (entraînant des cervicalgies et lombalgies) ; à la montée et à la descente d'escaliers. Compte tenu de ces limitations fonctionnelles, l'activité de coiffeuse n'est plus possible en raison des stations debout prolongées et des efforts avec les membres supérieurs maintenus en hauteur. Celle de magasinnière est totalement contre-indiquée en raison des ports de charges conséquentes qu'elle implique. Une activité purement administrative ne reste possible qu'à 50% en raison de la nécessité de pouvoir fréquemment changer de position et des difficultés éprouvées lors du travail à l'ordinateur en raison de la cyphose cervicale. La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de gérante d'un magasin grossiste de vente au public de matériels et produits pour salons de coiffure est nulle comme magasinnière (70%), gestionnaire (20%) et vendeuse (10%) lors des périodes d'affluence, un roulement de 10 clients par heure en périodes de pointe ne permettant pas à une vendeuse de s'asseoir. Une capacité de travail de 50% au mieux serait exigible comme vendeuse dans un cadre de travail calme permettant à l'assurée de s'asseoir, ainsi que dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées (AI pces 86 et 168 p. 2 ss).

#### **E. 18.1.2**

D'emblée, la Cour de céans observe que l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante retenue par la Dre D. \_\_\_\_\_ n'est corroborée par aucun des autres rapports médicaux au dossier. En outre, l'experte privée constate d'importantes limitations fonctionnelles chez une patiente qu'elle décrit comme étant « en bon état général » (cf. rapport du 18 août 2015 p. 2 § 3 [AI pce 168]). Elle retient des limitations fonctionnelles (intolérance aux positions debout, fléchie ou assise prolongées) qui outrepassent les plaintes de la recourante, celle-ci évoquant des douleurs à la position fléchie après 15 minutes, des douleurs à la position debout sans bouger après 2 heures et des douleurs à la position assise après 1 heure avec des irradiations fessières des lombalgies (cf. rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_ du 7 juin 2012 p. 1 s. [AI pce 86]). En retenant une incapacité totale de travail comme gestionnaire pour le motif que pareilles activités ne pouvaient pas être effectuées « 5 minutes par ci, 5 minutes par là pour pouvoir se lever et marcher à intervalles réguliers » (cf. rapport du 18 août 2015 p. 10 let. 6b), de même qu'en fixant des limitations fonctionnelles dont elle a précisé qu'il faudrait probablement beaucoup de concessions de la part de l'employeur pour les accepter (cf. rapport du 18 août 2015 p. 11-12 ch. 7), elle outrepassa le cadre du mandat médical, la tâche du médecin étant de porter un jugement sur l'état de santé et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne est incapable de travailler, non pas de statuer sur les chances de réinsertion de l'intéressée (cf. consid. 8.1 supra). En expliquant avoir qualifié d'insultant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux parce qu'elle avait toujours l'impression que, lorsque ce diagnostic était posé dans le cadre d'une demande de prestations AI, il était ainsi fait ce qu'il fallait afin de minimiser les problèmes du patient et en précisant qu'il s'agissait d'un ressenti qu'elle n'aurait pas dû exprimer (cf. rapport du 18 août 2015 p. 5 § 3h), elle tient des considérations incompatibles avec les devoirs d'indépendance et d'impartialité rattachés au mandat

d'expertise (cf. arrêt du TF I 88/06 du 12 février 2007 consid. 3.2.2; cf. Jacques Olivier Piguët, in : Dupont/Moser-Szeless [Édit.], Commentaire romand Loi sur la partie générale des assurances sociales, art. 44 n° 14-17) et crée l'apparence de chercher à favoriser la position de l'assurée dans la présente procédure, plutôt qu'à établir de manière objective les limitations fonctionnelles correspondant à l'état de santé de celle-ci. Compte tenu de ces développements, les conclusions de la Dre D. \_\_\_\_\_ ne sauraient emporter la conviction de la Cour.

### **E. 18.2**

À l'appui de ses conclusions, la recourante se prévaut également de l'avis de son rhumatologue traitant. Le Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) pose les diagnostics de 1) cervicarthrose sévère, uncarthrose, ostéophytose C2-C3, discopathies dégénératives en C5-C6, C6-C7, ostéophytose antérieure et postérieure, cervicobrachialgies bilatérales ; 2) double scoliose lombaire, hyperlordose lombaire, spondyloarthrose, arthrose interapophysaire postérieure en L3-L4, L4-L5, L5-S1, discopathie dégénérative en L5-S1 ; 3) protrusion acétabulaire bilatérale, coxarthrose bilatérale (stade I-II) ; 4) coccygodynies chroniques récurrentes (incurvation antérieure du coccyx) ; 5) fibromyalgie (la patiente présentant 18 points douloureux sur 18 selon les critères de diagnostics ACR-90) ; 6) syndrome anxio-dépressif (sévère) en traitement psychiatrique ; 7) gastrite atrophique chronique. Le praticien indique que la patiente présente une pathologie chronique et définitive, sans possibilité de traitement médical ou chirurgical. La persistance des symptômes, impliquant des crises algiques intenses, nécessite un traitement aux opiacés et un traitement actuel très compliqué en raison de l'existence d'une pathologie gastrique. Les symptômes dérivés sont intenses, incapacitants et empêchent la patiente d'exercer son métier, raison pour laquelle il lui recommande de cesser son activité habituelle et de solliciter la reconnaissance d'une incapacité de travail totale et permanente dans son travail (cf. rapport du 15 septembre 2014 [AI pce 143]). Ce faisant, le Dr F. \_\_\_\_\_, qui retient une importante symptomatologie, ne décrit pas les limitations fonctionnelles correspondant aux différents diagnostics qu'il pose, atteinte psychique incluse. Il n'explique pas en quoi ces troubles fonderaient une incapacité totale et permanente de travail dans l'activité de coiffeuse ou dans celle de gérante d'un magasin de vente de matériels et de produits pour salons de coiffure, s'écartant en particulier des conclusions de l'experte C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 23 mars 2015) et du Dr Q. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 24 septembre 2014). Il n'examine pas non plus l'éventuelle capacité résiduelle de travail de l'assurée dans une activité adaptée à l'état de santé. En retenant un syndrome anxio-dépressif sévère, il s'écarte également des considérations de la psychiatre traitant qui retient un trouble anxio-dépressif mixte et ne constate aucune incapacité de travail (cf. rapport de la Dre E. \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2010). Partant, ce rapport, qui ne se détermine pas de manière exhaustive sur la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée et qui émane d'un médecin traitant dont il est admis que, selon l'expérience, celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc), ne saurait emporter la conviction de la Cour.

### **E. 19**

La capacité résiduelle de travail de la recourante ayant ainsi été établie sur le plan médical, il convient d'évaluer la perte de gain en résultant.

### **E. 19.1**

Par décision du 15 mars 2012, l'OAIE a rejeté la demande de rente de l'assurée, considérant, sur la base d'une appréciation médicale du dossier, que celle-ci ne présentait pas un degré d'invalidité suffisant. Aux termes d'un arrêt rendu le 11 avril 2014, le Tribunal a annulé cette décision et ordonné un complément d'instruction en vue de la détermination précise des différentes tâches accomplies par l'assurée dans le cadre de son activité lucrative habituelle de gérante indépendante d'un magasin grossiste de vente au public de matériels et produits pour salons de coiffure, en vue de l'application éventuelle de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus.

### **E. 19.2**

À l'issue de l'instruction de ce renvoi, l'OAIE a derechef rejeté, par décision du 6 septembre 2016, la demande de rente de la recourante. Il a considéré qu'il convenait d'évaluer le degré d'invalidité de l'assurée sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus, l'exploitation du magasin ayant cessé le 30 juin 2014. Se fondant sur les salaires statistiques de l'ESS 2012 TA1, il a pris en considération, d'une part, un revenu sans invalidité de 5'356.90 francs correspondant à l'exercice d'une activité lucrative d'un niveau de compétence 2 dans le commerce de gros, commerce et réparation d'automobiles, et, d'autre part, un revenu d'invalidité de 4'116.94 francs correspondant à l'exercice, toutes branches confondues, d'une activité lucrative du niveau de compétence 2, après déduction d'un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée et de son âge. Le degré d'invalidité de 23% en résultant était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

### **E. 19.3**

La recourante conteste l'application au cas d'espèce de la méthode générale de comparaison des revenus au profit de la méthode extraordinaire. Elle considère que l'OAIE n'était pas fondé à déterminer le revenu sans invalidité d'une indépendante sur la base de salaires statistiques. Elle ajoute qu'en cas d'application de la méthode générale de comparaison des revenus à un travailleur indépendant (et cela même en cas de cessation d'activité), le revenu sans invalidité devait être déterminé en tenant compte de l'évolution de l'activité que l'assurée aurait exercée sans l'atteinte à la santé, eu égard à ses compétences professionnelles et personnelles, au type d'activité, à la situation économique et au développement de l'entreprise. En l'état, le dossier ne renfermait aucun élément probant permettant d'établir le résultat d'exploitation généré par son ancienne entreprise. Les pièces et documents fiscaux qu'elle avait versés en cause se fondaient sur un système forfaitaire propre au droit fiscal espagnol appelé « los modulos » qui n'établissait pas et ne tenait pas compte du résultat d'exploitation concrètement réalisé par l'entreprise concernée et aboutissait à des chiffres notoirement en deçà de la réalité. Le dossier ne contenait pas non plus le moindre élément (statistiques, données officielles, documents comptables d'entreprises similaires) permettant de déterminer les revenus ou résultats d'exploitation moyens d'entreprises semblables en Espagne. Considérant que l'instruction économique n'avait pas porté au dossier les pièces permettant de statuer en connaissance de cause sur son revenu sans invalidité, il convenait de procéder au renvoi de l'affaire en vue d'un complément d'instruction.

### **E. 20**

L'application au cas d'espèce de la méthode d'évaluation de l'invalidité par comparaison des revenus avec et sans invalidité n'est pas mise en cause. L'est en revanche celle de la

méthode dite générale de comparaison des revenus adoptée par l'OAIE dans la décision litigieuse et contestée par la recourante qui invoque l'application de la méthode extraordinaire.

### **E. 20.1**

L'invalidité d'une personne assurée exerçant à l'instar de la recourante une activité lucrative à plein temps est en principe évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus avec et sans invalidité (cf. art. 28a al. 1 LAI et art. 16 LPGA).

#### **E. 20.1.1**

Pour évaluer le degré d'invalidité en application de la méthode générale de comparaison des revenus conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

#### **E. 20.1.2**

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C\_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.2). En outre, la comparaison des revenus déterminants pour évaluer le degré d'invalidité d'un assuré domicilié à l'étranger - comme en l'espèce - doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus entrant en considération (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 9C\_311/2009 du 2 décembre 2009 consid. 3.3, 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1). Enfin, les salaires avant et après invalidité doivent être indexés conformément à l'année de référence pour la comparaison des revenus, soit jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente suite au délai d'attente d'une année, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

#### **E. 20.1.3**

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans cette mesure, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. À défaut de salaires de référence tant sans qu'avec invalidité, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3, 129 V 472, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêt du TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). Elles peuvent aussi servir à fixer le

montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (voir ATF 139 V 28 consid. 3.3.3.1 ; arrêt du TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1, 9C\_595/2010 du 14 octobre 2010 consid. 3.3). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et 4, 142 V 178 consid. 2.5.8.1; arrêts du TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1, 8C\_520/2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.1). Sont déterminantes les données publiées au moment de la décision attaquée et non celles qui l'ont été plus tard (arrêt du TF 9C\_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2 et les réf.). Selon la jurisprudence, il y a lieu de se référer au groupe des tableaux «A» de l'ESS correspondant aux salaires bruts standardisés (arrêt du TF I 194/06 du 28 septembre 2006 consid. 2.1 et la référence). S'agissant plus spécifiquement du revenu d'invalide, la valeur statistique - médiane - s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. La table généralement utilisée est la table TA1 secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 126 V 75 consid. 7a ; arrêt du TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5). Jusqu'en 2010, les niveaux de compétences définis de 1 à 4 par l'ESS étaient répartis comme suit : le niveau 1 correspondait aux travaux les plus exigeants et aux tâches les plus difficiles ; le niveau 2 correspondait à des activités lucratives indépendantes et très qualifiées ; le niveau 3 concernait des activités requérant des connaissances professionnelles spécialisées ; le niveau 4 portait sur des activités simples et répétitives (cf. TA1). Depuis 2012, les niveaux de compétences définis par l'ESS le sont comme suit : le niveau 1, le plus bas, correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4, le plus élevé, regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (par exemple, les activités impliquant des responsabilités de directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (cf. arrêts du TF 8C\_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.1, 9C\_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1.).

## **E. 20.2**

Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les revenus avec et sans invalidité, il convient d'appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité.

### **E. 20.2.1**

En s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 28a al. 2 LAI, en relation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), il s'agit de procéder à une comparaison des champs d'activités médicalement exigibles et d'évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (ATF 128 V 29;

arrêts 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.2, 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.2, in SVR, 2010 IV 11 p. 35). Cette méthode est généralement appliquée aux personnes de condition indépendante quand la comparaison des résultats d'exploitation réalisés par l'entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet pas de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité et que l'on ne peut exclure, au degré de vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation ont été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité (cf. arrêt du TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3). En cas de cessation ou de disparition de l'activité indépendante, la méthode extraordinaire d'évaluation, laquelle tenait compte de la réalité concrète de l'activité indépendante, n'a plus de fondement, les champs d'activités professionnels comparés ayant disparu (cf. arrêts du TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 3, 9C\_530/2012 du 21 septembre 2012 consid. 3), de sorte qu'elle doit céder le pas à la méthode générale.

### **E. 20.2.2**

Selon la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), il convient d'effectuer tout d'abord une comparaison des champs d'activités, soit d'établir quelles sont les activités que l'assuré pourrait exercer avec et sans atteinte à la santé, et dans quel laps de temps, il pourrait les accomplir. Il y a également toujours lieu d'examiner dans quelle mesure, il lui serait possible de réduire sa perte de gain, en substituant à certaines des tâches qu'il accomplissait auparavant d'autres tâches, mieux adaptées au handicap dont il souffre, étant précisé que les fonctions dirigeantes essentielles pour le rendement de l'entreprise ne sont généralement pas entravées par une invalidité physique (arrêt du TF I 185/02 du 29 janvier 2003 consid. 3.3 i.f. et la référence). Le principe selon lequel l'assuré doit, grâce à des mesures appropriées, s'efforcer de réduire le dommage économique provenant de son handicap vaut ainsi également dans le cadre de la procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (cf. ch. 3103 ss CIIAI; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 139 n. 452 et les réf; RCC 1987 p. 275 consid. 2c et les références; arrêt du TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.2.3). Dans un deuxième temps, il y a lieu de pondérer les activités en appliquant à chaque activité le salaire que l'assuré percevait ou aurait pu percevoir sans invalidité dans son entreprise. La jurisprudence précise que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir dans le cadre de la pondération des activités et de la réorganisation de l'emploi du temps à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain (arrêts du TF 9C\_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4, 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.4).

### **E. 20.2.3**

La formule retenue par la jurisprudence pour déterminer le taux d'invalidité selon la méthode extraordinaire se présente de la manière suivante (ATF 128 V 29 consid. 4; arrêts du TF 9C\_731/2007 du 20 août 2008 consid. 5.1, 9C\_731/2007 du 20 août 2008 consid. 5, 8C\_126/2015 du 18 juin 2015) :  $(T1 \times B1 \times s1) + (T2 \times B2 \times s2) + \dots$   
----- = taux d'invalidité  $(T1 \times s1) + (T2 \times s2) + \dots$  « T » correspond à la part consacrée à chacun des champs du travail en cause par rapport au temps total ( $T1 + T2 + \dots = 100\%$ ) - après et avant la survenance de l'invalidité - en pour cent, « B » à l'incapacité de travail dans chacune des activités après invalidité et « s » aux revenus pour chacune des activités correspondantes (dits revenus pouvant être estimés selon les statistiques des Enquêtes suisses sur la structure des salaires [ESS], étant précisé qu'elles doivent être considérées comme un ordre de grandeur, sans être à elles seules déterminantes

[arrêt du TF 8C\_645/2010 consid. 7.2 i.f. et la référence]).

### **E. 20.3.1**

En l'espèce, il est constant qu'avant de subir les atteintes à la santé dont elle se prévaut, la recourante travaillait à plein temps en Espagne comme gérante indépendante d'un magasin grossiste de vente au public de matériels et produits pour salons de coiffure, se consacrant à des tâches de magasinnière, de gestionnaire et de vendeuse exercées à respectivement 70%, 20% et 10%. Dès le début de l'exploitation de cet établissement, elle a employé une vendeuse à plein temps. En raison des atteintes à la santé, elle a subi des incapacités de travail à hauteur de 100% dès septembre 2007, de 80% à 90% dès le 28 mai 2008, puis de 100% dès le 8 juin 2009. En contrepartie de son travail, elle a indiqué avoir réalisé un revenu mensuel de 1'601.85 euros, réduit à 1'022.25 euros en raison des atteintes à la santé. À cet égard, elle a expliqué qu'en raison de son absence du magasin, du manque de contact avec la clientèle et du défaut de direction, elle avait perdu des clients, entraînant le déclin économique du magasin. L'exploitation de celui-ci avait ainsi pris fin au 30 juin 2014.

### **E. 20.3.2**

Cela étant, le Tribunal constate qu'avant l'invalidité invoquée, la recourante a exercé une activité lucrative indépendante en Espagne. À l'appui des revenus allégués, elle a produit un questionnaire à l'assurée daté du 13 septembre 2010 et un second du 19 septembre 2014, un questionnaire pour indépendants du 13 septembre 2010, des déclarations fiscales pour les années 2007 à 2009, 2012, 2013, des questionnaires UE actualisés à septembre 2014 et une détermination du 24 octobre 2014 (cf. consid. 11.1 supra). Pour autant, elle n'a produit aucun résultat d'exploitation de son entreprise, ni taxation fiscale, ni comptabilité commerciale, ni comptabilité d'entreprise qui auraient permis d'apprécier les divers postes de charges et de produits, l'évolution des ventes, l'incidence des salaires de la vendeuse et des stagiaires sur le résultat d'exploitation, et en définitive les revenus de la recourante. S'agissant des déclarations fiscales produites, elle a expressément indiqué que celles-ci ne pouvaient pas être prises en compte du fait qu'elles étaient établies selon un système forfaitaire dit de « modulos » propre au système fiscal espagnol (cf. consid. 11.1 supra). Cela étant, elle n'a pas produit d'éléments de preuves permettant une appréciation fiable des revenus sans et avec invalidité. Partant, il convient d'appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité pour son activité indépendante. En outre, l'absence de la recourante ayant précipité le déclin puis la cessation définitive de l'exploitation de son entreprise au 30 juin 2014, il y a lieu d'évaluer à compter de cette date, l'invalidité de l'assurée en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Partant, il convient de procéder, ratione temporis, à une double évaluation de l'invalidité de la recourante en application de la méthode extraordinaire depuis le 1er août 2010 (cf. consid. 20.4 infra), puis en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus dès le 30 juin 2014 (cf. consid. 20.5 infra).

### **E. 20.4**

Evaluation de l'invalidité de la recourante en application de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus

#### **E. 20.4.1**

Il est constant que depuis l'année 2000, la recourante a travaillé à plein temps en Espagne en tant que gérante indépendante d'un magasin grossiste de vente au public de matériels et produits pour salons de coiffure, répartissant son temps entre des activités de magasinnière

(70%), de gestionnaire (20%) et de vendeuse (10%).

#### **E. 20.4.2**

Compte tenu des atteintes à la santé retenues en l'espèce, elle subit une incapacité de travail de 20% dans l'activité de magasinnière exercée précédemment et de 50% dans une activité lucrative s'exerçant debout, tête penchée sur l'avant comme dans le métier de coiffeuse. En revanche, sa capacité de travail a été évaluée à 100% dans les activités de gestionnaire et de vendeuse exercées précédemment, ainsi que dans une activité lucrative adaptée légère à moyenne, à savoir favorisant l'alternance des positions assise et debout, limitant le port de charges à 5 kg de manière répétée et à 15 kg de manière occasionnelle et n'impliquant pas d'activités la tête penchée sur l'avant au-delà de 50% du temps de travail (cf. consid. 17.3 supra). Pareilles limitations sont sans incidence sur la gestion et la direction d'entreprise, de sorte que, même après la survenance de l'invalidité, la recourante était en mesure de mener à bien ces tâches, dont la pondération à hauteur de 20% du taux d'occupation de la recourante ne saurait être remise en question, dès lors qu'il correspond à celui généralement reconnu (20-30%) pour des petites entreprises (ATF 128 V 29 consid. 3.a et 4; arrêt du TF 9C\_731/2007 du 20 août 2008 consid. 4.2; CIIAI ch. 3106; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 140). De même, l'activité de vendeuse - exercée précédemment par la recourante à hauteur de 10% - n'est pas non plus entravée par les limitations fonctionnelles susmentionnées. Par contre, celles-ci ont une incidence sur l'activité de magasinnière qui implique la gestion des stocks et en particulier la réception et la mise en place des livraisons, impliquant le port de charges. Compte tenu de la nature du commerce pratiqué (vente de produits et matériels pour salons de coiffure) et du port de charges qualifié dans ce secteur de léger jusqu'à 10 kg, de moyen jusqu'à 15 kg et de lourd au-delà (cf. rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 12 novembre 2014 [supra consid. 11.2.2 p. 21]), la Cour considère que la recourante pouvait continuer d'accomplir son activité de magasinnière moyennant le recours à des mesures ergonomiques adéquates (fractionnement des ports de charges, utilisation de diables, notamment). Il ne ressort pas du dossier, et la recourante ne le soutient pas non plus, qu'un fractionnement des charges les plus lourdes n'aurait pas été possible. Compte tenu du rallongement sensible du temps de travail en résultant (multiplication des trajets, gestes, manipulations, fatigue, etc.), une baisse de rendement de 40% au plus dans l'activité de magasinnière exercée à hauteur du taux d'occupation de 70% est retenue pour le calcul de l'invalidité dans ce contexte. Sous l'angle de l'obligation de réduire le dommage incombant à un chef d'entreprise (cf. ATF 138 I 205 consid. 3; RCC 1987 p. 275 consid. 2c et les références; Suzana Mestre Carvalho, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, in : RSAS 2019 p. 59; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 139), la Cour ajoute qu'il eût appartenu, cas échéant, à la recourante de réorganiser la répartition des tâches entre elle-même et son employée, moyennant un réaménagement des engagements contractuels, au besoin.

#### **E. 20.4.3**

Pour la pondération de ces activités en application de l'ESS 2010, la Cour se réfère aux salaires statistiques pour le commerce de gros (ch. 46), compte tenu de l'activité de gérante d'un magasin grossiste de vente au public de produits et matériels pour salons de coiffure. Le niveau de qualification 3 se justifie pour les activités de gestion et vente, compte tenu de l'expérience et des connaissances de l'assurée dans le secteur de la coiffure, ainsi que de ses compétences directionnelles et administratives acquises au service d'une petite structure qu'elle a dirigée en tant que cheffe d'entreprise (cf. l'arrêt du TF 9C\_501/ 2009 du 12 mai

2010 consid. 5.2 s'agissant des niveaux de qualification). Le niveau de qualification 4 est retenu pour l'activité de magasinière, laquelle implique des tâches simples et répétitives. Il y a ainsi lieu de retenir pour les activités de gestion et de vente, le revenu de 5'656.- francs par mois (niveau de qualification 3) et, pour les activités de magasinière, le revenu de 4'384.- francs par mois (niveau de qualification 4) - revenus plus favorables à la recourante que ceux du commerce de détail (niveau 3 : 4'360.- francs; niveau 4 : 4'164.- francs) - pour une durée de travail hebdomadaire de 40.0 heures par semaine. Il n'y a pas lieu de procéder à une adaptation des salaires à la durée de travail hebdomadaire statistique de la branche en 2010 (42.0 heures par semaine) du moment que la pondération des activités s'effectue au sein de la même branche d'activité (ch. 46). Les bases du calcul de l'invalidité selon la méthode extraordinaire s'établissent comme suit :

Description des activités	Pondération sans invalidité	Pondération avec invalidité	Revenus en francs (salaires mensuels selon ESS 2010)
Revenus sans invalidité	20%	20%	Fr. 5'656.-
Revenus avec invalidité	20%	20%	Fr. 1'131.20
Direction et gestion de l'entreprise	10%	10%	Fr. 5'656.-
Vente	10%	10%	Fr. 565.60
Magasinière	70%	70%	Fr. 565.60
avec une capacité de travail de 80% et un rendement minimal de 60%			
			Fr. 4'384.-
			Fr. 3'068.80 (70% de Fr. 4'384.-)
			Fr. 1'473.02 ([80% de Fr. 3'068.80] x 60%)
Total	100%	100%	Fr. 4'765.60
			Fr. 3'169.82

Le degré d'invalidité de 33% ( $[4'765.60 - 3'169.82] : 4'765.60 \times 100 = 33.48\%$ ) qui en résulte, n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

## **E. 20.5**

Evaluation de l'invalidité de la recourante en application de la méthode générale de comparaison des revenus

### **E. 20.5.1**

S'agissant de la période courant à partir de la cessation de l'exploitation du magasin au 30 juin 2014, il y a lieu de procéder à une comparaison des revenus selon la méthode générale en se fondant sur les salaires statistiques tant pour l'activité sans qu'avec invalidité de l'ESS 2014 table TA1\_tirage\_skill\_level.

### **E. 20.5.2**

S'agissant du revenu sans invalidité, le Tribunal constate qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée, au bénéfice d'une formation de coiffeuse, a travaillé comme indépendante et successivement créé et exploité deux petites entreprises en Suisse puis en Espagne. En dernier lieu, elle a géré un magasin grossiste de vente au public de produits et matériels pour salons de coiffure, répartissant son temps de travail entre des tâches de magasinière, gestionnaire et vendeuse. Elle a ainsi exploité un commerce de vente dans le cadre d'une petite entreprise et développé des compétences directionnelles (employant notamment une collaboratrice à plein temps comme vendeuse) et administratives pendant plusieurs années. Ses responsabilités ne se résumaient pas à celles d'activités lucratives simples et répétitives. Dans ce contexte, le niveau de compétence 3 (voir supra consid. 20.1.3 s'agissant des ESS dès 2012) qui requiert des compétences techniques ne saurait être retenu. Partant, il y a lieu de se référer au niveau de compétence 2 qui englobe des tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques. Ainsi, le revenu ESS 2014 pour une femme travaillant dans le commerce de gros (ch. 46) niveau 2 - branche plus favorable à la recourante que le commerce de détail (ch. 47) dont le revenu ESS 2014 niveau de compétence 2 s'élève à 4'380.- francs - est de 5'272.- francs pour 40 h./sem. et respectivement de 5'535.60 francs

pour 42 h./sem. (durée de travail hebdomadaire de la branche du commerce de gros en 2014).

### **E. 20.5.3**

S'agissant du revenu d'invalidé, la Cour constate que l'exploitation du magasin géré par la recourante a cessé le 30 juin 2014 et que cette dernière n'a pas repris d'activité lucrative depuis lors. Contrairement au point de vue de l'OAIE, le niveau de compétence 2 ne saurait être pris en compte dans ces circonstances. En effet, l'assurée ne pourrait recouvrer sans autre une activité de niveau de compétence 2 comparable à son ancienne activité, faute de compétences attestées par un diplôme dans le domaine de la gestion et de la vente en général (cf. arrêt du TF 8C\_728/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.3). Compte tenu de son état de santé, la recourante dispose d'une capacité de travail totale dans une activité lucrative adaptée favorisant l'alternance des positions assise et debout et limitant le port de charges à 5 kg régulièrement et 15 kg occasionnellement correspondant à l'exercice d'activités lucratives légères, simples et répétitives. Il y a lieu de déterminer le revenu d'invalidé sur la base du niveau de compétence 1. Ainsi, le revenu avec invalidité (valeur centrale) toutes branches confondues du secteur privé (TA1\_tirage\_skill-level) est, en 2014, pour les femmes, de 4'300.- francs par mois pour 40 h./sem. et de 4'482.75 francs par mois pour un temps de travail de 41.7 h./sem. (durée de travail hebdomadaire moyenne toutes branches en 2014). L'OAIE a effectué un abattement sur le revenu avec invalidité de 15% compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante. Cet abattement ne prête pas le flanc à la critique, l'assurée (57 ans en 2014) n'étant pas limitée dans des activités légères adaptées. Il est de plus relevé qu'ayant dirigé une petite entreprise durant plusieurs années et assumé dans ce contexte des tâches administratives et directionnelles, ses compétences ne se limitent pas à des activités manuelles répétitives, de sorte que le défaut d'autres formations que celle de coiffeuse ne constitue pas un critère d'abattement supplémentaire du revenu statistique du niveau 1. En effet, la valeur statistique utilisée (ESS 2014 TA1 niveau 1) s'applique aux assurés ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière (arrêt cité du TF 8C\_227/2018 consid. 4.2.3.3). L'abattement porte ainsi le revenu avec invalidité à 3'810.30 francs (Fr. 4'482.75 - 15%).

### **E. 20.5.4**

La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 31% ( $(5'535.60 \text{ Fr.} - 3'810.30 \text{ Fr.}) : 5'535.60 \text{ Fr.} \times 100 = 31.16\%$ ) n'ouvrant pas le droit à la rente.

### **E. 21.1**

L'assurée revendique l'application de la jurisprudence relative aux assurés approchant l'âge de la retraite.

### **E. 21.2**

L'âge avancé, bien qu'il constitue en soi un facteur étranger à l'invalidité, est un élément parmi d'autres circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent conduire à nier qu'une personne puisse encore de manière réaliste exploiter sa capacité résiduelle de travail. L'influence de l'âge sur la possibilité de mettre à profit la capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré du travail ne peut cependant pas être évaluée selon une règle générale, mais dépend de l'ensemble des circonstances qui sont déterminantes sous l'angle des exigences relatives aux activités envisagées (p. ex., la nature et les conséquences de l'atteinte à la santé, les éventuels moyens à mettre en oeuvre pour changer de travail et se

familiariser avec celui-ci, y compris la structure de la personnalité, la formation ou le parcours professionnel, l'expérience dans l'ensemble du secteur considéré). Le fait que l'assuré ait atteint un âge avancé n'empêche pas que l'on examine s'il subsiste une possibilité pour lui d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail. La question est alors de savoir si ses chances d'être engagé sur un marché du travail considéré comme équilibré sont intactes ou non (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1; arrêts du TF 9C\_153/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1, 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 avec références; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 66). Le moment déterminant pour évaluer la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail d'un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi correspond non pas à la date du prononcé de la décision de l'office AI, mais au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4).

### **E. 21.3**

En l'occurrence, la capacité résiduelle de travail de la recourante a été établie par le rapport complémentaire du 23 mars 2015 de la Dre C.\_\_\_\_\_ et par les rapports des 18 février 2016 et 10 juin 2016 du consilium. La recourante, qui se trouvait alors dans sa 58ème respectivement 59ème année, n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 p. 433 ; voir également arrêts du TF 9C\_195/2019 du 11 juin 2019 consid.5.3.2, 9C\_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1). En outre, l'invalidité est une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a p. 275 s.) s'analysant en fonction du marché équilibré du travail, lequel constitue une notion théorique et abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre ainsi qu'un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. notamment arrêt du TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références). Il n'est dès lors pas irréaliste d'admettre qu'un tel marché équilibré offre à une assurée se trouvant dans sa 58ème respectivement 59ème année et disposant d'une capacité totale de travail, de réelles possibilités d'embauche dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assise, debout, et impliquant un port de charges limité à 5 kg de manière répétée et à 15 kg de manière occasionnelle, ce d'autant plus compte tenu de l'expérience, des compétences et des ressources professionnelles de la recourante qui a su développer et gérer de manière autonome une petite entreprise. Aussi le Tribunal considère-t-il que la recourante disposait alors encore d'une capacité résiduelle de gain exploitable de manière réaliste sur un marché du travail équilibré.

### **E. 22**

Sur le vu de ce qui précède, l'assurée ne peut pas prétendre à une rente d'invalidité, ni à une rente pour enfant liée à celle de la mère.

### **E. 23**

Sous l'angle procédural, la recourante requiert la comparution personnelle des parties ainsi que l'audition orale et contradictoire des Drs M.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et, par voie de commission rogatoire internationale, celle du Dr F.\_\_\_\_\_.

### **E. 23.1**

L'art. 30 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), selon lequel l'audience et le prononcé du jugement sont publics, ne confère pas au justiciable de droit à une audience publique. Il se limite à garantir qu'une telle audience se déroule publiquement lorsqu'il y a lieu d'en tenir une. Le droit à des débats publics existe seulement pour les causes qui bénéficient de la protection de l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH ; RS 0.101), lorsque la procédure applicable le prévoit ou lorsque sa nécessité découle des exigences du droit à la preuve (cf. ATF 128 I 288 consid. 2, spéc. 2.6). L'art. 6 § 1 CEDH garantit notamment à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement. L'obligation d'organiser des débats publics au sens de cette disposition suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable. Une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle, à l'interrogatoire des parties, à l'audition de témoins, ou à une inspection locale) ne suffit pas à fonder une telle obligation (cf. ATF 122 V 47 consid. 2c et 3a). Saisi d'une demande tendant à la mise en oeuvre de débats publics, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'abstenir dans les cas prévus par l'art. 6 § 1 seconde phrase CEDH, lorsque la demande est abusive (chicanière ou dilatoire), lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé ou lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (cf. ATF 122 V 47 consid. 3b). Le Tribunal fédéral a relevé qu'il ne pouvait être renoncé à des débats publics au motif que la procédure écrite convenait mieux pour discuter de questions d'ordre médical, même si l'objet du litige porte essentiellement sur la confrontation d'avis spécialisés au sujet de l'état de santé et de l'incapacité de travail d'un assuré en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 136 I 279 consid. 3 ; cf. aussi arrêts du TF 9C\_641/2015 du 21 juin 2016 consid. 3, 9C\_402/2010 du 21 février 2011 consid. 2.2).

### **E. 23.2**

En l'occurrence, la requête de la recourante sollicitant la « comparution personnelle des parties » et « l'audition, en audience orale et contradictoire » des experts et médecins ayant établi des rapports dans la présente cause constitue une requête de preuve en vue d'entendre les parties et d'auditionner des témoins. Sans autre motivation, elle ne constitue pas une requête de débats publics, à défaut d'une demande claire et indiscutable revendiquant la dimension publique de l'audience (arrêts du TAF B-5566/2012 du 18 novembre 2014 consid. 8.4, B-6637/2014 du 10 octobre 2016 consid. 13.1.2.3). Elle tend au mieux à l'organisation de débats au sens de l'art. 57 al. 2 in fine PA en lien avec l'art. 12 PA. À l'aune cependant des considérants qui précèdent (cf. consid. 10 - 18.2 supra), il apparaît que l'instruction du dossier effectuée dans le cadre des procédures C-2498/2012 et C-6491/2016 permet de trancher la présente affaire en connaissance de cause, de sorte que la requête de preuve peut être rejetée à l'issue d'une appréciation anticipée des preuves dépourvue d'arbitraire. Le droit d'être entendu n'empêche en effet pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, elle a la certitude que celles-ci ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 136 I 229 consid. 5.3 et les réf. ; cf. également supra consid. 14.3.3).

### **E. 24**

La recourante recourt contre l'acte de l'OAIE du 6 septembre 2016 déclarant nulle et non avenue sa nouvelle demande de prestations du 20 juin 2014 (AI pce 205). Considérant qu'il s'agit d'une décision au sens de l'art. 5 al.1 let. c PA, elle conclut à l'annulation de cet acte.

Aux termes de l'art. 44 PA, la décision est sujette à recours (art. 49 LPGA s'agissant d'une décision en matière d'assurances sociales). Indépendamment de la question de la nature de décision (art. 49 LPGA) ou de communication (art. 51 LPGA) non susceptible de recours de l'acte du 6 septembre 2016, il appert que c'est à juste titre que l'OAIE a communiqué à l'INSE, avec copie au représentant de l'assurée, dans le sens d'une décision de non entrée en matière, que cette nouvelle demande était nulle et non avenue du fait de la première demande toujours pendante au moment du dépôt de la nouvelle demande. Cette appréciation s'avère correcte (cf. aussi art. 87 al. 2 et 3 RAI) vu le principe selon lequel l'office AI doit prendre en compte tous les rapports médicaux et autres éléments déterminants jusqu'au prononcé de la décision quant à l'octroi d'une rente d'invalidité (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 131 V 242 consid. 2.1). Pour ces raisons, le recours contre cette décision doit être rejeté.

#### **E. 25.1**

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800.- francs, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

#### **E. 25.2**

Il n'est alloué de dépens ni à la recourante vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 a contrario PA et art. 7 al. 1 a contrario et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2). (Le dispositif figure à la page suivante)

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