

BVGer C-3335/2016 vom 3. August 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3335_2016

FR: TAF C-3335/2016 du 3 août 2021

IT: TAF C-3335/2016 del 3 agosto 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à 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. À cet égard, 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

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800.- francs ayant été payée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA, art. 69 al. 2 LAI; TAF pces 4, 6), le recours est recevable.

E. 1.5

La recourante a interjeté recours auprès du Tribunal personnellement sans être représentée au sens de l'art. 11 PA (cf. supra D.a). Invitée par le Tribunal par ordonnance du 1er octobre 2020 (cf. supra D.f) à communiquer sa détermination quant à une nouvelle expertise judiciaire puis à fournir les derniers rapports médicaux en sa possession et à confirmer sa présence en Suisse pour une nouvelle expertise, la recourante, à qui les actes du Tribunal ont été valablement notifiés, n'a pas répondu personnellement dans les délais impartis (cf. supra E.a-c). Son fils, K._____, né le (...) 1985 (cf. dossier AVS pce 9 p. 2; carte

d'identité ad TAF pce 38) a toutefois fait connaître la détermination de sa mère par entretiens téléphoniques des 1er et 3 mars puis par un courrier du 4 mars 2021 de ne pas vouloir se présenter en Suisse pour une nouvelle expertise pour des raisons de santé fragile (cf. supra E.d). Sous l'angle du droit de la représentation (art. 32 ss du Code des obligations [CO, RS 220]), l'intervention du fils de la recourante s'inscrit dans le cadre d'une représentation de cette dernière en vertu de pouvoirs internes, certes sans procuration écrite, du fait i) de la connaissance par le fils de l'existence et de la teneur de l'ordonnance du 17 février 2021 alors que cette ordonnance avait été notifiée à la recourante (TAF pce 34), ii) du contenu même de la lettre du 3 mars 2021 (TAF pce 38), iii) de la cohérence de l'intervention du fils qui lors d'un premier entretien téléphonique a déclaré que sa mère allait réunir les pièces médicales en sa possession puis lors d'un deuxième entretien a déclaré que la recourante renonçait à se rendre en Suisse pour une nouvelle expertise médicale et indiqué qu'il allait en donner connaissance par écrit au Tribunal. Vu le contexte de l'intervention du fils de la recourante et en conformité de la formulation potestative des art. 11 al. 2 PA et 37 al. 2 LPGA selon lesquels l'autorité / l'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite, il peut être renoncé à requérir de la recourante une procuration écrite en faveur de son fils, l'existence d'une procuration écrite n'étant pas une condition de validité de l'acte du fils, le rapport de représentation pouvant être le fait, comme in casu, de pouvoirs conférés par oral ou par actes concluants (ATF 99 V 181 consid. 3; Anne-Sylvie Dupont, in Dupont/Moser-Szeless [Edit.], Commentaire, Loi sur la partie générale des assurances sociales [cité Commentaire LPGA], 2018, art. 37 n° 20; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 37 n° 20).

E. 2

Le litige a pour objet le bien-fondé de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 1er juillet 2014 au 30 septembre 2014 et d'une rente entière du 1er octobre 2014 au 31 janvier 2015 en application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité des personnes sans activité lucrative. Ces prestations ont été accordées à la suite d'une deuxième demande de prestations déposée le 21 février 2011 après constat d'une détérioration partielle de l'état de santé de la recourante depuis le 17 juin 2010 (date de la décision de rejet de la première demande de prestations entrée en force).

E. 3

L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où la recourante, ayant travaillé en Suisse, est ressortissante portugaise domiciliée au Portugal. Est dès lors applicable à la présente cause (cf. art. 80a LAI) l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142. 112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). 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), 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) - s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs États (art. 6 du règlement) - 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). 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). 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). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1

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). Les faits qui sont survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 132 V 215 consid. 3.1.1; arrêt du TF 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2).

E. 4.2

Le présent examen du droit à la rente est ainsi soumis, d'une part, pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, à la teneur de la 5e révision de la LAI vu le dépôt de la deuxième demande de rente au 21 février 2011, et d'autre part, pour la période à compter du 1er janvier 2012 jusqu'à la date des décisions attaquées, à la teneur de la 6e révision (premier volet) de la LAI (application pro rata temporis; ATF 130 V 445; arrêt du TF I 157/04 du 22 décembre 2004 consid. 2.1). Les dispositions citées ci-après sont (sauf précision contraire) celles de la 5e révision de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 (RO 2007 5129, FF 2005 4215), étant précisé que tant la notion d'invalidité que la manière d'évaluer le taux d'invalidité ne sont pas différentes par rapport aux dispositions de la 6e révision (premier volet) de la LAI (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4.3

Le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En l'occurrence, les nombreux rapports médicaux ultérieurs aux prononcés litigieux du 22 avril 2016 (TAF ad pces 9) ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où ils permettent d'établir l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée jusqu'au moment des décisions entreprises.

E. 5

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants, lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente

ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant 2 années et 8 mois, soit 32 mois, et présente une durée de cotisations sociales portugaises supérieure à 4 mois (cf. supra A). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations de 3 ans. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Dans le cadre du délai d'attente d'une année, une incapacité de travail de 20% est en règle générale considérée comme significative et est prise en considération pour le calcul du taux moyen sur l'année (Pratique VSI 1998 p. 126; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] cm 2010 [Etat au 1er mars 2016]). Le calcul de l'incapacité de travail moyenne s'établit rétrospectivement sur un délai d'attente calculé par mois ou selon les circonstances, pour plus de précisions, par jours (base : trois cent soixante-cinq jours; cf. ATF 96 V 34 consid. 3d; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], [cité: Commentaire LAI], art. 28 n° 13; CIIAI, cm 2017 s.).

E. 6.2

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 rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

E. 6.3

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 3), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement n° 883/04).

E. 6.4

En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut

être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 loc. cit.; arrêt du TF 9C_414/2016 du 7 décembre 2016 consid. 5.2).

E. 6.5

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI. Selon son al. 1, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon son al. 2, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade (...), ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

E. 6.6

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. 6.7

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). 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. 6.7.1

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant (art. 44 LPGA) est établie par un spécialiste reconnu, 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 et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 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. 6.7.2

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 LPGA) 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. 6.7.3

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. 6.8

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 assurés 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'incapacité 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, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un expert (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 révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs standards de la catégorie « Degré de gravité fonctionnel » forment la base pour l'évaluation des conséquences. Les conclusions doivent résister à l'examen de la catégorie « Cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) pour l'évaluation des conséquences. L'aspect de la cohérence est décisif du point de vue des règles juridiques sur la preuve (consid. 4.4).

E. 7.1

Dès lors que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande, le Tribunal doit examiner, dans un premier temps, si l'état de santé et/ou ses conséquences sur la

capacité de gain de l'intéressée ont bel et bien subi un changement, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 17 juin 2010, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 22 avril 2016, date des décisions litigieuses. Dans un deuxième temps, le Tribunal jugera si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations limitées dans le temps comme octroyées par l'OAIE. Dans son arrêt C-5334/2010 du 17 mai 2011, confirmant la décision de l'OAIE du 17 juin 2010, le TAF avait considéré que le service médical de l'OAIE n'avait retenu sur le plan somatique aucune atteinte tant oncologique que fonctionnelle limitant la capacité de travail de l'assurée dans ses tâches ménagères malgré des signes de dégénérescence ostéoarticulaire, un hallux valgus et un éperon calcanéen. Les limitations énoncées dans le questionnaire pour les personnes travaillant dans le ménage n'étaient pas en adéquation avec les constatations objectives du rapport E 213 de sorte qu'elles ne pouvaient être retenues. Dans tous les cas les limitations de l'assurée ne pouvaient pas atteindre quelque 40% dans les tâches ménagères. Sur le plan psychologique, l'intéressée avait été suivie pendant un mois avec un bon résultat en septembre 2009 (rapport de la Dre B. _____ du 30 juillet 2010). Ce rapport ne relevait pas d'antécédents ni de crises particulières. Aussi, le rapport E 213 du 8 septembre 2009 avait relevé un bon status mental. Des troubles psychologiques que l'assurée avait fait valoir dans ses écritures ne seraient actuellement pas documentés par un suivi psychiatrique justifié par une certaine intensité des troubles. Compte tenu encore de l'appréciation de la Dre D. _____ de l'OAIE qui retenait dans son rapport du 22 octobre 2010 une incapacité de travail de 30% au plus au long cours dans les tâches ménagères, l'assurée ne présentait pas une incapacité de travail de 40% au moins.

E. 7.2

Pour la période du 18 juin 2010 jusqu'au 22 avril 2016, l'OAIE a porté au dossier notamment les documents ci-après en lien avec la deuxième demande de prestations déposée le 21 février 2011 (AI pce 48) qui ont été complétés d'autres rapports médicaux produits en cours de procédure.

E. 7.2.1

Sur le plan économique : - un questionnaire à l'assurée du 16 mars 2014, signé, n'indiquant pas d'activité lucrative exercée, complété d'un questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage partiellement rempli, non signé ni daté, n'indiquant pas d'activité ménagère exercée (AI pce 131) ; - un questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage du 12 novembre 2014 mentionnant un ménage de 3 personnes adultes et un enfant, n'indiquant pas d'activités ménagères effectuées en raison des atteintes à la santé et le besoin de l'aide de tiers à raison de 60 h. par semaine pour tous les travaux ; l'assurée mentionne qu'auparavant elle travaillait dans le cadre de l'exploitation agricole de son conjoint 8 h. par jour (AI pce 159).

E. 7.2.2

Sur le plan médical : - un rapport du 30 juillet 2010 de la Dre B. _____ (psychiatre) indiquant une première consultation en septembre 2009, un trouble dépressif modéré (F32.1) évoluant sur plusieurs mois traité par des antidépresseurs et une psychothérapie en cas de crise, un status amélioré du tableau clinique initial depuis la dernière consultation le 30 septembre 2009 (AI pce 37), - un rapport du 18 janvier 2010 [recte : 2011] de la Dre B. _____ (psychiatre) faisant état d'une première consultation en septembre 2009 suivie

de plusieurs consultations à la suite d'une néoplasie du sein une année auparavant, d'un cadre clinique de plusieurs mois d'évolution compatible avec un épisode de trouble dépressif moyen (F32.1 CIM-10). Elle note le suivi d'un traitement par des antidépresseurs (Sertralina® 50mg, Trazodona® 50mg) et une psychothérapie de soutien ayant abouti à une bonne réponse. Elle relève une aggravation des symptômes dépressifs en novembre 2010 sans facteur déclenchant et diagnostique un trouble dépressif récurrent moyen (F33.1). Selon une dernière consultation en décembre 2010 elle relève de graves difficultés au niveau du fonctionnement global, personnel, socio-professionnel et familial (AI pce 55) ; - un rapport du 31 janvier 2011 du Dr L. _____ (radiologue) faisant état de dégénérescences modérées à hauteur de la colonne cervicale, de la colonne dorsale, du bassin, de la charnière lombosacrée, d'une ostéophytose antérieure et marginale à hauteur des espaces interdiscaires dans la normalité, d'une arthrose interapophysaire postérieure modérée, d'une légère scoliose de conversion gauche, d'une diminution de la densité minérale osseuse (AI pce 56) ; - un rapport E 213 du 28 mars 2011 du Dr M. _____ (spécialisation non indiquée) mentionnant les antécédents de syndrome dépressif récurrent, mastectomie à droite, botium (goitre) et bronchite chroniques, indiquant un status d'excès pondéral (155cm/84kg), un status mental déprimé, une mobilité de la colonne douloureuse sans limitation ni Lasègue, une bonne mobilité des membres supérieurs, des mains sèches sans callosités, une claudication à droite, notant les diagnostics : C50 [Tumeur maligne du sein], F33 [Trouble dépressif récurrent], E04 [Autres goitres non toxiques], J42 [Bronchite chronique sans précision]. Le rapport indique la possibilité pour l'assurée d'effectuer une activité lucrative légère adaptée dans un cadre favorable à temps partiel (2h./jour) (AI pce 54) ; - un rapport du 21 novembre 2011 de la Dre B. _____ (psychiatre) qui fait état d'une première consultation en septembre 2009 à la suite d'une mastectomie radicale en 2008 suivie de chimiothérapie, hormonothérapie et du diagnostic alors compatible, consécutif à une évolution de plusieurs mois, de trouble dépressif (F32.2 CIM-10 [Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques]), humeur dépressive et irritabilité, pleurs faciles, insomnie terminale, anhédonie, idées de mort, difficultés d'accepter les limitations découlant de la chirurgie. Elle note le suivi d'un traitement par des antidépresseurs (Sertralina® 50mg, Trazodona® 50mg puis par Citalopram®, 40mg, Triticum ® 150mg, Sernal® 15mg), une symptomatologie actuelle dépressive résiduelle à la suite d'une psychothérapie d'appoint, des difficultés significatives au niveau du fonctionnement global (AI pce 71 p. 4) ; - un rapport du 30 décembre 2011 de la Dre N. _____ (Institut d'oncologie) faisant état des atteintes connues, d'une limitation d'amplitude de la mobilité du membre supérieur droit en raison de la mastectomie, de la nécessité d'éviter des traumatismes de ce membre (AI pce 71 p. 2) ; - un rapport du 10 janvier 2012 du Dr O. _____ (spécialisation non indiquée) mentionnant les atteintes connues, indiquant des modifications de l'appareil locomoteur (problèmes de la colonne cervicale, dorsale, lombaire, coxarthrose bilatérale, hallux valgus au pied droit, éperon du talon, gonarthrose à droite), une hypothyroïdie, la nécessité de ménager le membre supérieur droit dont le port de charge est limité à 1 kg ; le médecin ne reconnaît pas à l'assurée de capacité de travail (AI pce 71 p. 1) ; - une prise de position du 1er août 2012 du Dr P. _____ (médecin généraliste, médecine interne) de l'OAIE indiquant que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis la décision du 5 décembre 2011 de non-entrée en matière. Il relève que les limitations fonctionnelles évoquées dans les nouveaux rapports produits sont exagérées et ne sont pas corrélées aux constats objectifs (AI pce 81) ; - un rapport du 21 août 2012 du Dr C. _____ (psychiatre) de l'OAIE mentionnant que l'assurée

sur la base des diagnostics retenus et des éléments au dossier ne présente pas d'incapacité de travail dans le cadre de la tenue de son ménage (AI pce 83) ; - un rapport du 5 janvier 2013 de la Dre B. _____ (psychiatre) reprenant le contenu de son précédent rapport du 21 novembre 2011 (AI pce 91) ; - un rapport oncologique du 24 janvier 2013 mentionnant un dernier contrôle en octobre 2012 sans signe de récurrence et métastase et indiquant une limitation dans les travaux nécessitant des efforts physiques, dans les ports de charges supérieures à 1 kg (AI pce 92) ; - un rapport du 25 janvier 2013 de l'Hôpital Q. _____ / Dr R. _____ (médecine physique et de réhabilitation) mentionnant une limitation aggravée de la mobilité du membre supérieur droit, la patiente étant incapable d'effectuer toutes les tâches domestiques nécessitant une rotation élevée de l'épaule en raison des conséquences d'un lymphoedème résultant de la mastectomie droite (AI pce 86) ; - un rapport du 4 mai 2013 du Dr C. _____ (psychiatre) de l'OAIE préconisant une expertise multidisciplinaire médecine interne / oncologie et psychiatrie, relevant que les rapports psychiatriques au dossier ne suffisent pas, car le mal-être est lié à la maladie du carcinome et aux activités physiques restreintes supposées en être la conséquence (AI pce 95) ; - un rapport du 1er juillet 2013 de la Dre S. _____ (radiologue) mentionnant notamment une gonarthrose bilatérale modérée et une épine calcanéenne à gauche (AI pce 120) ; - un rapport du 15 octobre 2013 (examen du 7 octobre 2013) de la Dre T. _____ (oncologie) qui note un dernier contrôle en octobre 2012, pas de signe de récurrence ni métastases. La médecin indique que la patiente ne peut pas effectuer des travaux et mouvements requérant des efforts physiques ou lever des poids supérieurs à 1kg et doit éviter des situations pouvant conduire à des blessures du membre supérieur (AI pce 117, trad. pce 132) ; - un rapport du 25 octobre 2013 de la Dre B. _____ (psychiatre) qui reprend le contenu de ses rapports du 21 novembre 2011 et du 5 janvier 2013 (AI pces 71 [p. 4], 91) et qui indique le diagnostic actuel de trouble affectif persistant avec difficultés significatives au niveau du fonctionnement global (F34 CIM-10) (AI pce 115) ; - un rapport du 31 octobre 2013 du Dr U. _____ (radiologue) mentionnant selon un examen de la colonne notamment de l'ostéophytose au niveau C5, des dégénérescences cervicales, une légère ostéophytose de prédominance inférieure, une discopathie dégénérative en L4-L5 et L5-S1, de l'arthrose inter-apophysaire postérieure bilatérale en L5-S1 et L4-L5, de l'ostéophytose au niveau lombaire (AI pce 119) ; - un rapport du 18 novembre 2013 de la Dre N. _____ (oncologie) faisant état d'atteintes à la santé et de limitations connues (pce AI 114) ; - un rapport du 2 décembre 2013 du Dr R. _____ (médecine physique et de réhabilitation) ne constatant plus de possibilité de reprendre une activité professionnelle, mais la possibilité d'effectuer les gestes quotidiens comme se vêtir et se dévêtir et les soins personnels (AI pce 113) ; - un rapport oncologique du 5 décembre 2013 du Dr V. _____, peu lisible, dont il appert que la patiente peut uniquement travailler en position assise sans autre précision (AI pce 140) ; - un rapport du 18 février 2014 E 213 du Dr W. _____ (sans mention de spécialisation) qui indique les antécédents de mastectomie radicale droite en 2008 avec lymphoedème et diminution de la force musculaire droite, syndrome dépressif, lésions ostéoarticulaires généralisées, tendinite des deux épaules avec rupture musculaire à droite. Les plaintes principales sont des douleurs ostéoarticulaires avec limitations de la mobilité et réduction de la force du membre supérieur droit qui entravent les efforts physiques et les mouvements de ce membre. Le médecin relève un excès de poids (78kg/156cm), un statut mental déprimé, une mobilité limitée, une colonne vertébrale de mobilité limitée et douloureuse, une vue réduite, une limitation de l'amplitude du membre supérieur droit, une mobilité limitée des membres inférieurs dérivée d'une gonarthrose bilatérale modérée, une diminution de la

force, une marche affectée à droite. Il note selon les dossiers radiologiques une gonarthrose bilatérale modérée, une discopathie lombaire, une tendinopathie et une rupture musculaire à droite selon une échographie des épaules. Il mentionne des limitations fonctionnelles définitives, un état aggravé. Il retient la possibilité d'un travail adapté à temps partiel (sans durée précisée en raison de la difficulté d'apprécier les limitations fonctionnelles), une invalidité relative selon la législation portugaise, sans possibilité d'améliorer la capacité de travail actuelle (AI pce 139) ; - une prise de position du 9 avril 2014 de la Dre D. _____ (oncologue) de l'OAIE, qui relève que selon l'examen du 7 octobre 2013 (rapport du 15.10.13) l'assurée était concernant l'atteinte oncologique en rémission complète durable depuis 2008, qu'il n'était pas fait mention de séquelles de traitements, que le rapport rappelait les précautions d'usage après mastectomie et curage axillaire, ce dont il avait été tenu compte en statuant une incapacité de travail de 30% dans les activités ménagères. Elle indique que d'autres rapports médicaux faisaient état de troubles dégénératifs en particulier au niveau des épaules et plus particulièrement de l'épaule droite, qu'il n'existait cependant pas de limitations fonctionnelles de plus de 30% dans les activités domestiques liées à la sphère somatique (AI pce 146) ; - une prise de position du 24 juin 2014 du Dr C. _____ (psychiatre) de l'OAIE, indiquant ne pouvoir se déterminer sur la base du rapport psychiatrique du 25 octobre 2013 et préconisant une expertise bidisciplinaire à effectuer en Suisse (AI pce 147) ; - un rapport du 15 juillet 2014 de la Dre E. _____ de l'OAIE (pas de spécialisation indiquée) préconisant une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique, un volet oncologique n'étant pas nécessaire (AI pce 149) ; - un rapport d'expertise du 7 mai 2015 (examen du 13 avril 2015) du Dr F. _____ (rhumatologue) (AI pce 184, voir infra consid. 9.2) ; - un rapport d'expertise du 22 mai 2015 (examen du 13 avril 2015) du Dr G. _____ (psychiatre) (AI pce 183, voir infra consid. 9.3) ; - une détermination du 19 octobre 2015 du Dr H. _____ (psychiatre) de l'OAIE sur le rapport du Dr G. _____ (AI pce 188, voir infra consid. 9.4.2) ; - une détermination du 17 novembre 2015 du Dr I. _____ (rhumatologue) de l'OAIE sur le rapport du Dr F. _____ (AI pce 190, voir infra consid. 9.2.5). À la suite de la décision attaquée dans le cadre de la procédure de recours: - un rapport psychiatrique du 16 août 2016 du Centre hospitalier X. _____ (établi par un médecin assistant en psychiatrie), qui indique une médication depuis de nombreux mois pour dépression majeure et tentatives de suicide depuis mai 2016, la récurrence du cadre clinique avec « tempêtes émotionnelles ». Il évoque, malgré le suivi d'une consultation externe du centre, l'existence d'un tableau clinique noir et préconise une mise à la retraite pour cause d'incapacité de travail (TAF ad pce 9) ; - un rapport du 18 août 2016 du Dr L. _____ (généraliste, médecin traitant) faisant état des atteintes connues et d'un tableau clinique et psychiatrique de pronostic réservé avec séquelles graves d'une mastectomie radicale droite en 2008 pour adénocarcinome du sein, d'une maladie ostéoarticulaire dégénérative invalidante notamment au niveau du genou et de la colonne vertébrale, d'une maladie psychiatrique difficile à contrôler (TAF ad pce 9) ; - un rapport du 25 août 2016 de la Dre T. _____ (spécialisation non indiquée), évoquant un suivi annuel de status post cancer du sein avec un dernier contrôle en février 2016 sans signe de récurrence (TAF ad pce 9) ; - un rapport du 2 septembre 2016 de la Dre B. _____ (psychiatre) qui rappelle les antécédents psychiatriques, fait état d'une symptomatologie dépressive résiduelle liée aux limitations résultant de la maladie ainsi qu'aux conditions de vie défavorables, malgré le suivi du traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique. Ce médecin indique des traits de dépendance et d'anxiété conditionnant des stratégies d'adaptation limitées, un suivi jusqu'en 2014 et par la suite dans sa région de résidence, un

tableau compatible avec le diagnostic de troubles de l'humeur affectifs persistants (F33 [recte : F34], CIM-10) et de trouble dépressif récurrent (F34 [recte : F33], CIM-10), sources de difficultés très importantes et de limitations au niveau du fonctionnement global (TAF ad pce 9) ; - un rapport du 14 octobre 2016 de la Dre J. _____ (médecine générale, physique et de réadaptation) de l'OAIE dans lequel ce médecin retient qu'on ne relève des nouveaux rapports médicaux transmis sur le plan somatique aucun élément nouveau ni argument en faveur d'une aggravation. Elle relève sur le plan oncologique l'absence de récurrence au dernier contrôle de février 2016 et que le prochain contrôle est (seulement) prévu en février 2017 (TAF ad pce 11) ; un rapport du 2 novembre 2016 du Dr H. _____ (psychiatre) de l'OAIE qui maintient sa détermination du 19 octobre 2015. Il indique que le rapport du médecin assistant en psychiatrie du Centre hospitalier X. _____ n'est pas clair du fait que les constats et un diagnostic établi manquent, qu'en l'occurrence le rapport médical n'apporte rien de cliniquement pertinent par rapport à ce qui avait déjà été dit. Il note qu'il en va de même du rapport du 2 septembre 2016 de la Dre B. _____, que ce rapport retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33) sans autres descriptions et le diagnostic de troubles de l'humeur affectifs persistants (F34) sans spécification, voire en contradiction par rapport au diagnostic initialement retenu (TAF ad pce 11).

E. 8.1

La deuxième demande de prestations ayant été déposée le 21 février 2011, un droit éventuel à une rente peut au plus tôt s'ouvrir le 1er août 2011 (cf. consid. 6.2 supra).

E. 8.2

L'OAIE a fondé ses décisions sur les rapports d'expertise des Drs F. _____ du 7 mai 2015 et G. _____ du 22 mai 2015 (pces AI 183 s.) dont les conclusions ont été validées par les Drs H. _____ et I. _____ de son service médical dans leurs rapports respectifs des 19 octobre 2015 et 17 novembre 2015 (AI pces 188, 190). Dans sa réponse au recours, l'OAIE relève, sous l'angle de l'application de la méthode spécifique, un début d'incapacité de travail de 30% à compter du 1er août 2008 (recte: 1er septembre 2008) en raison de l'affection oncologique. Il note que ce taux d'incapacité de travail a perduré jusqu'au 31 décembre 2013 et qu'à compter du 1er janvier 2014 jusqu'à l'opération du genou droit (13 juillet 2014) le taux d'incapacité de travail a été de 50% en raison de l'atteinte au genou. Il relève qu'à compter de l'opération et pendant trois mois de convalescence le taux d'incapacité dans les tâches ordinaires a été de 80%. L'OAIE précise que le droit à un quart de rente d'invalidité prend naissance au 2 juillet 2014 en raison du délai d'attente d'une année durant laquelle l'assurée a présenté une moyenne de 40% d'incapacité de travail suivie d'une invalidité de 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI) et que le droit à la rente entière prend naissance au 1er octobre 2014 soit trois mois après l'aggravation médicalement constatée le 13 juillet 2014, date de l'opération du genou droit. Enfin, il note que le droit à la rente entière cesse trois mois après la constatation de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée établie médicalement au 1er novembre 2014 avec effet (trois mois plus tard selon l'art. 88a RAI) au 31 janvier 2015. Avec sa réponse, l'OAIE a produit le CI de l'assurée établissant ses périodes de cotisations en tant que salariée (TAF ad pce 3) dans le cadre de sa période complète de cotisations (cf. pce AI 195 p. 5).

E. 8.3

De son côté, la recourante conteste les taux d'invalidité retenus par l'OAIE faisant valoir être invalide à 80% selon ses médecins au Portugal. Elle a de même contesté sa durée de

cotisations en Suisse, réservant l'apport de son CI en procédure, mais n'a plus maintenu ce dernier grief suite au CI qui lui a été communiqué avec la réponse au recours.

E. 9.1

L'OAIE a accordé des rentes échelonnées dans le temps en raison des atteintes à la santé d'ordre rhumatologique mais non psychiatrique. Des atteintes à la santé d'ordre oncologique n'ont pas été retenues en raison d'un constat clair de rémission totale depuis fin 2008 n'ayant pas nécessité un examen particulier dans le cadre de l'expertise de mai 2015 (cf. rapport de la Dre D. _____ [oncologue] du 9 avril 2014 [pce AI 146]).

E. 9.2

Concernant les atteintes rhumatologiques, il appert de l'expertise ce qui suit :

E. 9.2.1

Dans son rapport d'expertise du 7 mai 2015 (AI pce 184), le Dr F. _____ (rhumatologue) a fait état des rapports médicaux notamment radiologiques de 2010-2013 au dossier, rappelé le cursus de l'assurée dont son activité en Suisse, un retour fin 1992 au Portugal sans reprise d'activité lucrative et l'atteinte d'un cancer du sein en 2008, traité avec succès, sans signe de récurrence, mais suivi de problèmes psychologiques.

E. 9.2.2

L'expert a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de status après implantation d'une prothèse totale du genou droit le 13 juillet 2014 pour gonarthrose avec douleurs du genou persistantes (constats cliniques d'hyperthermie et d'épanchements encore actuels) et de gonarthrose gauche, spécialement fémoro-patellaire, ainsi que les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de douleurs non spécifiques du bas du dos au sens d'un syndrome lombovertébral documenté par des dégénérescences arthrosiques, de douleurs non spécifiques des bras (plus à droite qu'à gauche) à la suite d'une mastectomie en 2008, des dégénérescences bilatérales au niveau des avant-pieds (pieds valgus, hallux valgus bilatéral), 3/5 points de Waddell et 15/18 points fibromyalgiques positifs. L'expert a admis une limitation fonctionnelle de légère à moyenne d'un point de vue rhumatologique dans toutes activités affectant les articulations des genoux (limites de port de charges de 10-15 kg, travail sur les genoux, travail de durée genoux pliés, escaliers) une demi-année avant l'opération du genou, soit dès janvier 2014, au taux de 50% jusqu'à l'opération et ensuite au taux de 80% pour toutes activités jusqu'à trois mois après l'opération, soit jusqu'à fin octobre 2014. À compter de novembre 2014, il a retenu une limitation de la capacité de travail de 30% dans les tâches ménagères et de 20% dans une activité lucrative adaptée principalement assise permettant de se lever avec port de charges légères à moyennes occasionnellement. Dans une activité strictement adaptée, il a retenu une capacité de travail de 90% pouvant théoriquement atteindre 100% (pce AI 184).

E. 9.2.3

Le Dr F. _____ a fondé son appréciation de l'état de santé de l'assurée et sa capacité de travail jusqu'au 31 décembre 2013 sur la base de la documentation médicale notamment radiologique et de laboratoire et de ses constats au jour de l'examen clinique par appréciation rétrospective. En tant que telle, l'appréciation rétrospective n'est pas particulièrement discutée par l'expert, mais il a indiqué à cet égard que la gonarthrose qui avait conduit à une prothèse totale à droite le 13 juillet 2014 était l'atteinte la plus importante avec incidence sur la capacité de travail et que les autres diagnostics somatiques

posés n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Cet énoncé, dans le cadre de l'examen rétrospectif, ne peut être validé sans confrontation de rapports médicaux car il ne prend pas pleinement en compte les limitations fonctionnelles au niveau du bras droit qui ont affecté l'assurée à la suite de sa mastectomie radicale en 2008. Les limitations en question ont eu des répercussions d'une intensité relativement importante en 2009 et 2010 et dans une certaine mesure au-delà du 1er août 2011, date de l'ouverture au plus tôt du droit éventuel à une rente d'invalidité. En effet, le rapport du 30 décembre 2011 de la Dre N._____ (cf. consid. 7.3.2) fait état d'une limitation d'amplitude de la mobilité du membre supérieur droit en raison de la mastectomie, de la nécessité d'éviter des traumatismes de ce membre (AI pce 71 p. 2). De même, le rapport du 16 janvier 2012 du Dr O._____ (cf. consid. 7.3.2) indique la nécessité de ménager le membre supérieur droit dont le port de charge est limité à 1 kg (AI pce 71 p. 1). Toutefois, force est de relever que le rapport E 213 du 28 mars 2011 déjà mentionne une bonne mobilité des membres supérieurs sans autres indications (AI pce 54 : Gânglios linfáticos: Normais; Edema : Não; Membros superiores : Boa mobilidade) et que le Dr P._____ (médecin généraliste, médecine interne) de l'OAIE a indiqué dans sa prise de position du 1er août 2012 que le traitement de la mastectomie s'est fait lege artis, que les limitations fonctionnelles évoquées dans les rapports médicaux précités qui lui ont été soumis étaient exagérées et n'étaient pas en adéquation. Sur la base de l'ensemble des actes médicaux, l'état de santé de la recourante est resté inchangé depuis le 17 juin 2010, sous réserve de légères limitations fonctionnelles du système musculo-squelettique. Le fait que la recourante ne pouvait pas soulever des poids de plus de 1 kg n'est pas crédible, car cela ne correspond pas aux constats. Au vu de ces éléments, il convient de considérer, comme l'a fait l'instance inférieure, que la recourante a été en incapacité de travail à hauteur de 30% jusqu'au 1er janvier 2014. A défaut de conclusions contraires qui auraient éventuellement pu apparaître d'une nouvelle expertise, ces constats sont déterminants.

E. 9.2.4

Le Dr F._____ a motivé l'aggravation de l'état de santé au 1er janvier 2014, soit une incapacité de travail de 50% pour toutes activités, plus de 6 mois avant l'opération du genou, de façon crédible compte tenu de l'évolution de douleurs médico-théoriques précédant l'opération du genou droit du 13 juillet 2014. Il a retenu une incapacité de travail de 80% dès l'opération perdurant plus de 3 mois puis une amélioration médico-théorique de l'état de santé au 1er novembre 2014 (status postopératoire avec - comme séquelles - genou droit irritable et arthrose tricompartmentale à gauche) fondant la prise en compte d'une incapacité de 30% dans les tâches ménagères et de 20% dans des activités externes.

E. 9.2.5

Les éléments médicaux au dossier ne peuvent mettre en doute l'appréciation médico-théorique d'une amélioration de l'état de santé au début novembre 2014. Une appréciation divergente qu'aurait éventuellement apportée une nouvelle expertise est réservée. L'appréciation d'une incapacité de travail de 30% dans les tâches ménagères et de 20% notamment en position assise dans le cadre d'une activité lucrative adaptée prenant en compte les limitations fonctionnelles indiquées dès novembre 2014 - l'examen date du 13 avril 2015 - relève de constats cliniques au moment de l'examen. Le Dr I._____ (rhumatologue) de l'OAIE a dans un rapport du 17 novembre 2017 validé l'appréciation du Dr F._____ et confirmé les taux d'incapacité par un examen chiffré des limitations dans les tâches ménagères de janvier 2014 à novembre 2014 (pce AI 190). II

n'appert pas au dossier de documentation médicale relative à l'opération du 13 juillet 2014 et ses suites. Or l'assurée n'a pas évoqué de plaintes particulières relatives à cette opération et ses suites. Elle n'a en particulier pas produit de rapport médical après la décision attaquée en lien avec des complications de l'opération du genou. L'appréciation médico-théorique du Dr F._____ se base sur un examen personnel de la recourante le 13 avril 2015 (soit 9 mois après l'opération) et une anamnèse détaillée. Il retient une amélioration de l'état de santé trois mois après l'opération que des rapports médicaux ne contredisent pas. La Cour retient qu'une activité dès novembre 2014 au moins en position assise sans activité soutenue des membres supérieurs, vu des limitations à ce niveau alléguées et relevées, peut sur la base du rapport d'expertise être appréciée exigible à 80%, ou à 100% avec une baisse de rendement de 20%.

E. 9.3

Concernant les atteintes psychiatriques, il appert de l'expertise les éléments ci-après :

E. 9.3.1

Dans son rapport d'expertise du 22 mai 2015, le Dr G._____ a rapporté de la documentation médicale de 2009/2010 un trouble dépressif (F32.2) et en octobre 2013 des symptômes dépressifs résiduels. Il a évoqué le sentiment de l'assurée de ne pas bien aller, de ne pas avoir accepté sa mastectomie, son mari l'ayant quittée une demie année après l'opération du 18 août 2008, de n'avoir pu retrouver le sommeil, d'avoir pris 25 kg, de n'avoir quasiment plus pu utiliser le bras droit, d'avoir effectué un retrait social, mais d'aller actuellement mieux avec cependant l'évocation d'un manque d'énergie, d'un sentiment de non-sens général. Le Dr G._____ a noté une enfance heureuse, une intégration familiale et sociale relative, l'intéressée préférant être seule plutôt que d'entreprendre des activités avec des amies, n'ayant aucun hobby, supportant peu le bruit. Il a relevé un levé tardif (9-11 h.), une promenade quotidienne, pas d'activité ménagère, les repas de midi et du soir étant préparés par une amie rémunérée par son fils en Suisse, pas de temps consacré à regarder la télévision, un coucher en début de soirée, un suivi psychiatrique à raison d'une consultation tous les 2-3 mois. S'agissant de sa projection dans le futur, l'assurée a mentionné ne plus pouvoir travailler et qu'on ne lui donnait pas de travail à faire.

E. 9.3.2

À l'examen clinique, l'expert a indiqué un discours avec une voix normale, un débit non entravé, un contact visuel maintenu, une impression de vitalité, un flux de pensées parfois ralenti parfois normal, une coopération plus ou moins bonne nécessitant néanmoins de revenir aux questions posées, pas de signe d'irritabilité, une modulation affective légèrement diminuée avec sourires et rires francs, un discours peu informatif, vague, parfois contradictoire avec quelques exagérations, une conscience de soi claire, une orientation conservée dans tous les modes, pas de signes cliniques de fatigue à l'issue d'un entretien de 2.5 heures. Le Dr G._____ a relevé que les réponses de l'assurée quant à son état de santé étaient très négatives mais en discordance avec le fait que l'assurée ne paraissait pas particulièrement dépressive, qu'un manque d'énergie, de l'irritabilité, de l'agressivité, de la tristesse, une dépréciation de soi, des idées suicidaires concrètes n'étaient pas présents à l'examen. Il a noté qu'à l'issue de l'expertise l'assurée semblait pleine d'élan alors que le matin elle avait subi un examen rhumatologique, que sur la base de l'examen actuel, respectivement des épisodes dépressifs légers à moyens diagnostiqués sur fond d'un trouble dépressif récurrent, il ne pouvait être fondé une grande incapacité ou une diminution de la

capacité de travail. Il a posé le diagnostic avec incidences sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, trouble actuel léger, sans syndrome somatique (CIM-10 F33.0) et, sans incidence sur la capacité de travail, d'accentuation de certains traits histrioniques de la personnalité (CIM-10 Z73.1). Il a noté que l'expertisée ne donnait pas l'impression de souffrir d'importantes douleurs, que dès lors un trouble somatoforme douloureux ne pouvait pas être retenu.

E. 9.3.3

Considérant rétrospectivement l'ensemble des éléments, le Dr G._____ a retenu depuis septembre 2009 jusqu'à juillet 2010 et depuis octobre 2010 jusqu'en septembre 2013 un degré de dépression léger à moyen fondant une incapacité de travail de 30%. Il a relevé qu'en comparaison avec les données relatives de la première consultation en septembre 2009, évoquées dans le rapport psychiatrique du 25 octobre 2013 du médecin psychiatre traitant, il y avait une nette amélioration et que de la périodicité des consultations psychiatriques, soit une fois tous les 2-3 mois, il ne pouvait pas être retenu une dépression grave, qu'en tous les cas cette fréquence serait insuffisante en cas de dépression grave. Il a retenu depuis octobre 2013 une diminution de 20% de la capacité de travail médico-théorique uniquement dans une activité lucrative. Dans le cadre de l'activité domestique, il n'a, d'un pur point de vue psychiatrique, pas retenu de diminution de la capacité de travail. Faisant référence aux rapports médicaux de la Dre B._____, le Dr G._____ a relevé que la médication suivie avait baissé et que le rapport du 25 octobre 2013 n'évoquait plus qu'un trouble affectif persistant (F34) correspondant au plus à un trouble dépressif léger. Considérant l'appréciation par l'assurée de sa capacité de travail résiduelle jugée inexistante, il a indiqué que sur le plan psychiatrique celle-ci n'était pas objectivée. Il a conclu à l'inefficacité de mesures professionnelles, l'assurée étant convaincue de ne plus être en mesure d'exercer quelque activité (pce AI 183).

E. 9.4.1

Les rapports des Dr F._____ et G._____ ont été établis par des spécialistes dans leurs domaines. Ils se fondent sur des entretiens concernant la personnalité, l'état de santé mental et somatique de l'assurée au jour de l'examen, ils prennent en considération les plaintes exprimées par l'assurée. La description du contexte médical, les conclusions des experts, en particulier quant aux diagnostics et à l'appréciation de la situation médicale incluant l'évaluation de la capacité de travail résiduelle actuelle, sont discutées et motivées et ont fait l'objet d'un consensus. Si l'appréciation du Dr G._____ de l'état de santé de l'assurée au jour de l'examen est convaincante et revêt pleine valeur probante, il y a cependant lieu de relever que son appréciation de l'évolution de l'état de santé de l'assurée prête le flanc à la critique du fait que le Dr G._____ n'a cité dans son rapport que 3 sur 5 rapports médicaux de la Dre B._____, soit les rapports des 18 janvier 2010 [recte: 2011], 30 juillet 2010 et 25 octobre 2013 (AI pce 183 p. 3), omettant ceux des 21 novembre 2011 et 5 janvier 2013 pourtant objectivement importants vu l'ouverture théorique d'un droit à la rente au plus tôt au 1er août 2011. Par ailleurs, le Dr G._____ a évoqué le rapport du 18 janvier 2010 comme étant de cette date alors que manifestement selon le contenu de ce rapport celui-ci était établi le 18 janvier 2011 (voir l'arrêt du TAF C-311/2012 consid. 11.1 mentionnant déjà cette erreur de date).

E. 9.4.2

Le Dr H._____ (psychiatre) de l'OAIE a dans son rapport du 19 octobre 2015 commenté et apprécié le rapport du Dr G._____. Il a déploré que le rapport de l'expert n'avait pris en compte que 3 sur 5 rapports de la Dre B._____, mais n'a pas relevé lui-même que le rapport du 18 janvier 2010 était en fait du 18 janvier 2011. Il a noté par ailleurs que l'expertise ne s'exprimait pas sur certaines incohérences, voire contradictions dans les informations fournies par la personne assurée. Il a cependant noté que les rapports médicaux du psychiatre traitant ne permettaient pas de déduire de manière concluante des épisodes d'un trouble dépressif récurrent. Il a relevé, qu'en outre, le dernier diagnostic posé par la Dre B._____ correspondait au plus à un degré léger de dépression (AI pce 188 p. 5 s.), que les rapports médicaux de ce psychiatre ne permettaient dès lors pas d'aller à l'encontre de l'appréciation retenue par l'expert d'une incapacité de travail d'au plus, sur le plan psychiatrique, de 30% dans une activité lucrative adaptée de septembre 2009 à juillet 2010, d'octobre 2010 à septembre 2013 et de 20% à compter d'octobre 2013. Il a conclu qu'aucune limitation de la capacité de travail ne pouvait être retenue sous l'angle psychiatrique dans les activités domestiques (pce AI 188).

E. 9.4.3

À titre complémentaire il y a lieu de noter que la Dre B._____ a établi un rapport le 5 janvier 2013 (AI pce 91), reprenant le contenu de celui du 21 novembre 2011 (AI pce 71 p. 4), et un second rapport (pratiquement identique) le 25 octobre 2013 (AI pce 115). Dans son premier rapport, elle a évoqué l'existence en 2009 d'un trouble dépressif (F32 CIM-10), une humeur dépressive, de l'irritabilité, des pleurs faciles, une insomnie terminale, de l'anhédonie, des idées de mort, une difficulté d'accepter les limitations découlant de la chirurgie. Elle a noté une symptomatologie dépressive résiduelle à la suite d'une psychothérapie d'appoint, des difficultés significatives au niveau du fonctionnement global. Les constats étaient en lien avec la mastectomie qu'a subie l'assurée en septembre 2008 et se rapportent essentiellement à 2009. En janvier 2013, seule une symptomatologie dépressive résiduelle est évoquée par la Dre B._____. Dans son deuxième rapport d'octobre 2013, le diagnostic de trouble affectif persistant avec difficulté significative au niveau du fonctionnement global (CIM-10 F34) est retenu (AI pce 115). Il appert (comme souligné par Dr H._____) une amélioration de l'état de santé de l'assurée selon ces deux derniers rapports. En outre, se prononçant sur les derniers rapports médicaux de la Dre B._____, le Dr G._____ a relevé qu'il ne pouvait être retenu des constats peu étayés de ceux-ci au plus qu'un épisode dépressif de degré léger et qu'il restait incertain s'il pouvait être évoqué un trouble dépressif récurrent. Pour le surplus, les rapports de la Dre B._____ étaient selon l'expert incohérents et en partie contradictoires (AI pce 183 p. 15).

E. 9.4.4

A ce stade, l'appréciation de l'évolution du status psychiatrique de la recourante peut être confirmé, toutefois avec quelque réserve. L'expertise du Dr G._____ et l'examen de celle-ci du Dr H._____ ont en effet été effectués selon les anciens standards d'expertise en matière psychiatrique.

E. 9.5.1

Dans un arrêt 143 V 409 du 30 novembre 2017 relativement à des troubles dépressifs de degré léger à moyen, le Tribunal fédéral a indiqué qu'il était approprié et conforme au système de soumettre également ces troubles à la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 mais que les expertises effectuées d'après les anciens standards de

procédure ne perdaient pas en soi leur valeur probante, qu'il s'agissait d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettaient une appréciation convaincante selon les indicateurs déterminants (cf. ATF 141 V 281 consid. 8; 137 V 210 consid. 6). Il a relevé que le fait qu'une décision administrative s'appuie sur une expertise réalisée selon les anciens standards doit être pris en considération dans l'appréciation des preuves. En effet, dans ce cas, la valeur probante du rapport d'expertise est appréciée comme le sont les rapports des médecins rattachés à un assureur, lorsque ces rapports fondent une décision (cf. ATF 135 V 465 consid. 4) : en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères et une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même faibles, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ce rapport d'expertise (ATF 139 V 99 consid. 2.3.2; arrêts du TF 8C_616/2014 du 25 février 2015 consid. 5.3.1; 9C_148/2012 du 17 septembre 2012 consid. 1.4).

E. 9.5.2

En l'espèce, tant le Dr G. _____ que le Dr H. _____ ont retenu un degré de gravité fonctionnel de l'atteinte psychiatrique avec incidence sur la capacité de travail relativement peu élevée (trouble dépressif récurrent, trouble actuel léger, sans syndrome somatique [CIM-10 F33.0]), d'au plus 30% puis 20% dès octobre 2013 dans une activité lucrative et de 0% dans les tâches ménagères. Le Dr G. _____ a dans le cadre de son anamnèse évoqué des plaintes de douleurs somatiques ne paraissant pas importantes à l'examen. Il a fait état d'activités quotidiennes limitées, dont une promenade quotidienne, mais relevé que l'assurée préférait rester pour elle-même, n'ayant pas de hobby, commençant sa journée relativement tardivement (9-11 h.), n'effectuant pas de tâches ménagères ni ne préparant ses repas selon ses dires, ne regardant pas la télévision. Ces données d'activités quotidiennes limitées n'ont pas été interprétées par l'expert comme un retrait social au vu de la personnalité de l'expertisée, de l'emploi de son temps, et aussi de son suivi psychiatrique d'une consultation tous les 2-3 mois qui serait insuffisante en cas d'atteintes importantes d'ordre psychiatrique. Le diagnostic d'accentuation de certains traits histrioniques de la personnalité (Z73.1) en tant que comorbidité n'a pas été retenu incapacitant. Le Dr G. _____ a relevé à l'examen clinique un discours avec une voix normale, un débit non entravé, un contact visuel maintenu, une coopération plus ou moins bonne nécessitant néanmoins de revenir aux questions posées, une conscience de soi claire, un sentiment de vitalité, une orientation conservée dans tous les modes, pas de signes cliniques de fatigue à l'issue d'un entretien de 2.5 heures. Ces traits et constatations dénotent des ressources personnelles existantes permettant à l'assurée d'évoluer dans son contexte social et familial. Le Dr G. _____ a indiqué que les réponses négatives de l'expertisée aux questions posées étaient en discordance avec le fait de ne pas paraître particulièrement dépressive et qu'elle avait été et était en mesure de faire de longs déplacements en voiture et train sur deux jours depuis le Portugal à (...) chez son fils puis à (...), suivi d'un retour annoncé sur deux jours. Sous l'angle de la catégorie cohérence, il appert des activités restreintes de l'assurée plus un mode de vie personnel, un tempérament, qu'une situation de retrait social affectant l'assurée dans son cadre familial et social relativement restreint. Sous l'angle des nouveaux critères d'évaluation, les conclusions du Dr G. _____ en lien avec son évaluation au jour de l'examen peuvent être suivies. Par ailleurs, la recourante n'ayant pas contesté les décisions attaquées de l'OAIE par des rapports médicaux permettant d'aller à l'encontre des conclusions des Drs G. _____ et H. _____, il sied de reconnaître valeur probante à l'expertise du Dr G. _____ s'agissant de son appréciation au jour de l'examen et le

diagnostic posé avec incidence sur la capacité de travail de Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 F33.0), reconnu in casu non invalidant au sens de l'AI.

E. 9.5.3

Les Dr F._____ et G._____ ont conclu d'entente à une incapacité de travail - de septembre 2009 à juillet 2010 et d'octobre 2010 à septembre 2013 de 30% dans des activités externes, - d'octobre 2013 à décembre 2013 de 20% dans des activités externes, - de janvier 2014 à l'opération du 13 juillet 2014 de 50% pour toutes activités, - de mi-juillet 2014 à fin octobre 2014 de 80% pour toutes activités et - dès novembre 2014 de 30% dans les tâches ménagères et de 20% dans une activité externe (pce AI 184). Ces périodes d'incapacité de travail ne sont pas concrètement contestées par la recourante. L'OAIE n'a pas, à juste titre (cf. consid. 9.2.3 in fine), dans la décision attaquée, retenu une diminution de 30% à 20% de l'incapacité de travail dans des activités externes d'octobre à décembre 2013 faute d'une motivation convaincante. Le Tribunal a dans son ordonnance du 1er octobre 2020 émis des réserves quant aux appréciations médicales portant sur les périodes antérieures aux constats du 13 avril 2015 et quant aux appréciations y relatives des capacités de travail. Une expertise judiciaire aurait permis un nouvel examen de l'incidence des atteintes à la santé de l'assurée pour la période en particulier du 1er août 2011 (ouverture théorique du droit à la rente) au 31 décembre 2013. À compter toutefois du 1er janvier 2014, un trouble d'ordre psychiatrique ne saurait être retenu à un taux plus élevé que l'incapacité de travail de 50% retenue sur le plan somatique. Selon un réexamen détaillé des actes à la suite de l'appréciations des experts quant au contenu des rapports de la Dre B._____, il sied de relever que ce médecin fournit en fait des indications peu étayées sur l'état psychique de l'assurée et sur la gravité de l'atteinte mentale et son évolution. Sous l'angle psychiatrique, l'évaluation concordante du Dr G._____ et du service médical de l'OAIE, ainsi que l'indication de l'expert selon laquelle la recourante a une tendance à l'autolimitation (AI pce 184 p. 9) et présente une personnalité avec des signes histrioniques (AI pce 183 p. 14), permettent de confirmer l'avis des experts et celui du Dr H._____ du service médical de l'OAIE. Une expertise n'a pas pu être ordonnée par le Tribunal vu la détermination de la recourante de renoncer à se présenter en Suisse pour une nouvelle expertise ordonnée par le Tribunal, notamment en raison de sa santé fragile. La recourante n'a cependant pas étayé son incapacité à voyager par des rapports médicaux et, malgré l'indication du Tribunal qu'en cas de litige la décision serait prise sur la base des actes au dossier, elle a maintenu sa détermination (voir Faits lettres D.h et D.i). Aussi, malgré d'y avoir été expressément invitée, elle n'a pas présenté d'autres rapports médicaux. Dès lors, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en cas d'absence de preuve c'est à la partie qui voulait déduire un droit du fait non prouvé d'en supporter les conséquences (ATF 139 V 176 consid. 5.2; arrêt du TF 8C_283/2020 du 4 août 2020 consid. 3.2 et 5.3.2 in fine). L'évaluation faite en l'espèce sur la base des actes doit ainsi être opposée à la recourante.

E. 9.6.1

La recourante oppose à l'OAIE n'être pas d'accord que son invalidité soit estimée au taux de 40% (sic), alors que selon ses médecins son invalidité est au Portugal au contraire de 80%. Relativement à ce premier grief, il sied de rappeler que même après l'entrée en vigueur de l'ALCP le degré d'invalidité d'un assuré est déterminé uniquement selon le droit suisse (cf. supra consid. 3; ATF 130 V 253 consid. 2.4) qui se fonde sur les répercussions économiques de l'invalidité et non sur les atteintes à la santé en tant que telles car cela reviendrait à déterminer le degré d'invalidité de manière abstraite sans tenir compte de

l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 283 consid. 1c; arrêt du TF I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 5 et les références; Valterio Commentaire LAI, art. 28a n° 3).

E. 9.6.2

La recourante n'expose pas de griefs particuliers sur le plan médical à l'encontre de la décision attaquée. Elle a uniquement joint à sa réplique à l'appui de son recours quatre nouveaux rapports médicaux (cf. supra consid. 7.3.2) dont il y a lieu d'examiner s'ils remettent en question les conclusions des experts et la décision entreprise. - Le rapport médical du Dr L._____ (médecin généraliste traitant), du 18 août 2016, n'apporte pas d'élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par les experts Drs F._____ et G._____ concernant la période avant les décisions attaquées. Dans la mesure où il évoque des séquelles graves non précisées d'une mastectomie radicale droite en 2008 pour adénocarcinome du sein, alors que l'intéressée est en rémission complète selon les rapports oncologiques de la Dre T._____ du 15 octobre 2013 et du 25 août 2016, le reste du rapport du Dr L._____ ne peut être lu qu'avec réserve. - Comme relevé supra, la Dre T._____ note dans son rapport du 25 août 2016 un status oncologique sans récurrence. - À l'instar du Dr H._____, il peut être retenu que le rapport du médecin assistant en psychiatre du Centre hospitalier X._____ du 16 août 2016 n'est pas convaincant, les constats manquent, de même qu'un diagnostic clair. - S'agissant du rapport de la Dre B._____ du 2 septembre 2016, retenant le diagnostic de troubles de l'humeur affectifs persistants (indiqué F33), il y a lieu de relever qu'il est retenu sans autres descriptions. Il en est de même du trouble dépressif récurrent (indiqué F34) qui est sans spécification. Or ces atteintes énoncées à l'examen de ce médecin n'ont pas été retenues comme invalidantes au sens de l'AI dans le rapport du Dr G._____, confirmé par le Dr H._____, lesquels ont qualifié le trouble dépressif récurrent de léger, sans syndrome somatique, sans incidence sur la capacité de travail, avec une accentuation de certains traits histrioniques de la personnalité (Z73.1). Dans l'hypothèse où il pourrait y être vu une dégradation de l'état de santé de l'assurée, celle-ci serait ultérieure à la décision attaquée.

E. 10

La recourante a opposé à l'OAIE dans son recours une durée de cotisations plus longue que celle retenue par l'OAIE. N'ayant pas donné suite à l'allégué d'une durée de cotisations plus longue par des preuves à ce sujet, ce grief ne peut être retenu (ATF 139 V 176 consid. 5.2; cf. art. 141 al. 3 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants [RAVS, RS 831.101] et ATF 117 V 261 [preuve absolue requise pour la modification d'un compte individuel (CI)]). Rien au dossier ne permet d'ailleurs de mettre en question la durée de cotisations découlant du CI produit par l'OAIE. S'il appert du dossier AVS que la recourante a bien été au bénéfice d'un permis C ayant une validité jusqu'au 11 avril 1994 (CSC pce 13 p. 2), il appert également de l'extrait SYMIC (Système d'information central sur la migration) établi en date du 27 janvier 2010 que l'assurée est enregistrée comme ayant quitté (...) pour l'étranger au 30 septembre 1992 (CSC pce 15). Avec le courrier du 4 mars 2021, le fils de la recourante a produit un document faisant état de cotisations sociales versées pour la période d'avril à décembre 1990 en lien avec une activité à l'Hôtellerie du (...) à (...) (TAF pce 38). Or cette période figure sur l'extrait du CI de la recourante que l'OAIE a joint avec sa réponse au recours du 22 juin 2016 (TAF pce 3). Le fils de la recourante a également produit le permis C de cette dernière. Comme il l'a été indiqué ci-dessus, l'intéressée a quitté la Suisse le 30 septembre 1992 (CSC pce 15).

E. 11

Il reste à examiner le bien-fondé de l'évaluation économique de l'invalidité effectuée par l'OAIE.

E. 11.1

L'évaluation de l'invalidité s'établit selon trois méthodes de calcul selon que l'assuré exerce, voire partiellement, ou non une activité lucrative.

E. 11.1.1

Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, afin d'évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. C'est la méthode générale de comparaison des revenus qui comprend des sous variantes (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 32 ss, 137 ss).

E. 11.1.2

L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique - telles les personnes s'occupant du ménage - et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité, est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA (art. 5 al. 1 LAI) qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI [version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017]) dont les tâches domestiques. C'est la méthode spécifique (ATF 137 V 334 consid. 4.2, 130 V 61; cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 104 ss). La situation hypothétique qui serait celle de l'assuré sans invalidité, selon l'ensemble des circonstances subjectives et objectives du cas particulier, est déterminante pour retenir qu'une personne est sans activité lucrative (Moser-Szeless, Commentaire LPGA, art. 8 n° 30; ATF 117 V 194 consid. 3b; voir ég. arrêt du TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 3.2). La détermination du taux d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères résulte généralement d'une enquête à domicile qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (arrêt du TF I 194/01 du 22 février 2002 consid. 5b; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 111 ss).

E. 11.1.3

Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel ou une activité sans être rémunéré dans l'entreprise du conjoint parallèlement à une activité au sens de l'art. 5 LAI, il convient de pondérer les deux méthodes. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI dans sa version applicable jusqu'au 31 décembre 2017; ATF 137 V 334 consid. 3.1, 131 V 51 consid. 5.1.2; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 121 ss).

E. 11.1.4

En l'espèce, l'OAIE a retenu, comme dans le cadre de la 1ère demande de rente, que l'intéressée n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis son retour au Portugal (cf. questionnaires à l'assurée du 24 février 2010, AI pce 14), il y avait lieu d'appliquer la méthode spécifique. Or, cette appréciation, suivie par le Tribunal de céans sur la base du

dossier dans le précédent arrêt C-311/2012 relatif à l'assurée, ne peut plus être retenue et confirmée car il appert nouvellement des actes que l'intéressée a secondé son mari au sein de leur exploitation agricole (AI pce 159 p. 3; cf. consid. 7.1) et vit depuis sa séparation dans une maison avec sa fille et la famille de celle-ci, maison pour laquelle elle doit/devrait aussi contribuer aux charges (AI pces 159 p. 1, 184 p. 4). Cet élément de fait relève d'une vraisemblance prépondérante et doit être pris en compte. Les experts en 2015 l'ont fait en incluant dans leur appréciation activités externes et activités ménagères. La méthode générale ou mixte d'évaluation de l'invalidité aurait dû être retenue par l'OAIE pour déterminer le taux d'invalidité de l'assurée après le 17 juin 2010 (date de rejet de la première demande de prestations AI) et en particulier à compter d'août 2011 (ouverture possible d'un droit à la rente suite à la deuxième demande). En effet, il sied de rappeler que la recourante s'est séparée de son mari en 2009, n'a plus secondé son conjoint, a dû faire face à des contraintes économiques sans être en mesure d'être sans activité lucrative au moins à temps partiel (cf. supra consid. 11.1.2). L'assurée ne travaillant plus dans une entreprise agricole (activité sans rémunération dans l'entreprise du conjoint) du fait de sa séparation, une activité tierce devait être prise en compte par l'OAIE pour l'évaluation de l'invalidité (voir arrêt du TF 9C_408/2012 du 17 décembre 2012 consid. 4.2). Toutefois, vu les taux d'incapacité de travail retenus, d'une part, de septembre 2009 à décembre 2013 de 30% et, d'autre part, à compter du 1er novembre 2014 de 30% dans les tâches ménagères et 20% dans une activité lucrative adaptée, un renvoi du dossier à l'autorité inférieure afin d'effectuer un complément d'instruction et de déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité et le calcul des taux d'invalidité ne se justifie pas : Une comparaison de revenus, faute d'activité agricole pouvant être maintenue, ferait en effet intervenir des montants à comparer selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2010) selon la table TA1, tant pour l'activité sans invalidité que pour l'activité avec invalidité de la ligne «Total (toutes branches confondues), niveau de compétence 4 (activités simples et répétitives)», avec une réduction du temps de travail ou une incapacité de travail de 30% au plus sur le revenu avec invalidité (cf. rapport d'expertise F._____ et G._____). La prise en compte du revenu toutes branches confondues de l'ESS 2010 table TA1 tant pour l'activité sans et avec invalidité est en effet possible selon les circonstances du cas d'espèce (cf. arrêt du TF 9C_15/2020 du 10 décembre 2020 consid. 7.1). Dans le présent cas, cela se justifie par le fait que l'assurée n'est plus active dans une exploitation agricole et qu'il n'y a pas lieu de se référer en particulier au revenu statistique d'une activité antérieure du fait notamment d'un diplôme professionnel (sur le système d'évaluation de l'invalidité selon les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA voir par ex. arrêt du TAF C-2584/2017 du 13 janvier 2021 consid. 14-14.1.3, 14.1.5-6 et les références).

E. 11.1.5

Ainsi quelle que soit la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée, spécifique ou mixte (p.ex. 50%/50% ou 80%/20%), le taux d'invalidité sur la base des expertises des Dr F._____ et G._____ ne pourrait pas atteindre au moins 40% vu les revenus de base comparés identiques et les taux d'incapacité/invalidité d'au maximum de 30% identiques dans les activités lucratives et domestiques, d'une part, à l'ouverture du droit à la rente au 1er août 2011 ou ultérieurement jusqu'au 31 décembre 2013 (voir infra consid. 11.3) et, d'autre part, au-delà du 31 janvier 2015 (voir infra consid. 11.7) : - En application de la seule méthode spécifique, le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de 30%. - En application de la méthode mixte (50%/50%) prenant par hypothèse une activité lucrative de 50% avec un taux d'invalidité de 30% et une activité domestique de 50% avec un taux

d'invalidité de 30%, le calcul est le suivant : $50\% \text{ [temps de l'activité lucrative]} \times 30\% \text{ [taux d'invalidité activité lucrative]} + 50\% \text{ [temps consacré aux tâches domestiques]} \times 30\% \text{ [taux d'invalidité travaux habituels]} = 15\% + 15\% = \text{invalidité totale : } 30\%$. - En application de la méthode mixte (80%/20%) prenant par hypothèse une activité lucrative de 80% avec un taux d'invalidité de 30% et une activité domestique de 20% avec un taux d'invalidité de 30%, le calcul est le suivant : $80\% \text{ [temps de l'activité lucrative]} \times 30\% \text{ [taux d'invalidité activité lucrative]} + 20\% \text{ [temps consacré aux tâches domestiques]} \times 30\% \text{ [taux d'invalidité travaux habituels]} = 24\% + 6\% = \text{invalidité totale : } 30\%$.

E. 11.2

L'OAIE a retenu une incapacité de travail dans les tâches ménagères de 30% de septembre 2008 à décembre 2013, de 50% de janvier 2014 (six mois précédant l'intervention chirurgicale du genou droit) à l'opération du 13 juillet 2014, de 80% du 13 juillet 2014 à fin octobre 2014 (plus de trois mois suivant l'opération) et, enfin, dès novembre 2014, de 30% (AI pce 192 p. 2). L'appréciation de l'invalidité dans des activités externes s'impose cependant aussi comme on l'a vu.

E. 11.3.1

Un éventuel droit à la rente s'est ouvert au plus tôt au 1er août 2011 (consid. 8.1). Jusqu'à fin 2013, les incapacités de travail tant dans les tâches ménagères que dans des activités externes ont toutefois été inférieures selon les experts (cf. supra consid. 9.5.3) et l'OAIE au taux seuil de 40%, ne pouvant ainsi pas ouvrir le droit à une rente.

E. 11.3.2

Droit à un quart de rente au 1er juin 2014 : A compter du 1er janvier 2014, il existe selon les experts une incapacité de travail de 50% pour toutes activités (consid. 9.5.3). Les périodes d'incapacité de travail de 30% avant le 1er janvier 2014 (retenues par l'OAIE, cf. consid. 11.2) cumulées avec celles de 50% à compter de cette date sont déterminantes (cf. supra consid. 6.1). Il s'ensuit un taux moyen d'incapacité de travail de 40% au moins durant le délai d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) selon une computation rétrospective par mois effectuée de juillet 2013 à juin 2014 (6 mois à 30% + 6 mois à 50% = 40%; cf. ATF 96 V 34 consid. 3d). Vu le taux moyen de 40% précité sur une année et l'existence d'un taux d'incapacité de travail de 50% pour toutes activités correspondant in casu à une invalidité de 50% à l'ouverture du droit (l'incapacité de travail se confondant in casu avec l'invalidité), l'assurée peut prétendre à compter du 1er juin 2014 (et non à compter du 1er juillet 2014 comme l'a retenu l'OAIE) à un quart de rente (art. 29 al. 3 LAI; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, art. 29 n° 19; ATF 96 V 34 consid. 3 (y c. in casu le calcul); voir ég. CIIAI cm 2017 et 2018, contra et erroné dans la mesure d'un calcul rétrospectif par mois : CIIAI annexe II exemple 1 omettant l'application de l'art. 29 al. 3 LAI). Le taux d'invalidité de 50% effectif au 1er juillet 2014 ne confère pas le droit à une demi-rente du fait in casu du degré moyen sur le délai d'attente de 40%. En effet, le taux de la rente est déterminé à l'ouverture du droit selon la jurisprudence du Tribunal fédéral non seulement par l'étendue de l'incapacité de gain subsistant à l'issue du délai de carence mais également par le degré moyen d'incapacité de travail ayant cours pendant ce délai. Ainsi, par exemple une rente entière ne peut être octroyée que si l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 70% en moyenne sur l'année et qu'au terme de celle-ci, il est invalide au moins dans une même proportion. Les mêmes exigences s'appliquent aux quart, demi et trois quarts de rente. Le degré d'incapacité

de travail présenté en moyenne par l'assuré pendant une année et l'incapacité de gain subsistant après la période d'attente doivent être cumulés et atteindre le degré minimum légal ouvrant droit aux différentes rentes pour qu'une rente d'un degré correspondant soit octroyée (ATF 121 V 264 consid. 6b/cc, 105 V 156 consid. 2c/d; arrêts du TF 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.1 et les références, 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6, 9C_739/2011 du 20 décembre 2011 consid. 3.2, 9C_996/2010 du 5 mai 2011 consid. 7.1 s., 9C_882/2009 du 1er avril 2010 consid. 5.2, 9C_718/2008 du 2 décembre 2008 consid. 4.1.1, I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 4.2.1; Meyer/Reichmuth, IVG, art. 29 n° 7 ss, Frey/Mosimann/Bollinger, AHVG/IVG Kommentar, 2018, art. 28, n° 9; Valterio, Commentaire LAI, art. 28 n° 16 in fine et 19; CIIAI cm 4002).

E. 11.3.3

Droit à une rente entière au 1er octobre 2014 : Le 13 juillet 2014, l'assurée a connu une aggravation de son état de santé du fait de l'opération du genou droit. Un taux d'incapacité de travail de 80% pour toutes activités lui a été reconnu correspondant in casu à un taux d'invalidité de même degré. Suite au droit à un quart de rente depuis le 1er juin 2014, l'assurée peut prétendre à une rente entière dès le 13 octobre 2014 (trois mois après l'opération et un taux d'incapacité de travail et d'invalidité de 80% toujours effectif) en application de l'art. 88a al. 2 RAI (cf. supra consid. 6.5) avec effet au 1er octobre 2014 (art. 29 al. 3 LAI).

E. 11.3.4

Suppression de la rente entière au 31 janvier 2015 : Enfin, il doit être pris en compte une amélioration de santé médico-théorique fin octobre 2014, comme l'ont retenu les experts et l'OAIE, mettant un terme à la rente entière trois mois plus tard, soit au 31 janvier 2015 en application de l'art. 88a al. 1 RAI (cf. supra consid. 6.5 § 1).

E. 11.4

Il s'ensuit de ce qui précède que l'assurée a droit à un quart de rente d'invalidité du 1er juin 2014 au 30 septembre 2014 et à une rente entière du 1er octobre 2014 au 31 janvier 2015. Les décisions attaquées doivent être réformées en ce sens.

E. 12.1

Selon l'art. 63 al. 1 PA, en règle générale, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. À titre exceptionnel, ils peuvent être entièrement remis. En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre 200.- et 1'000.- francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, la recourante a eu très partiellement gain de cause en ce sens qu'elle a droit à un quart de rente pour un mois supplémentaire (juin 2014). Vu l'issue du recours, il doit être perçu des frais de procédure réduits (art. 63 al. 1, 2e phrase, PA). Ceux-ci sont fixés à 400.- francs et mis à la charge de la recourante. Le montant de l'avance sur lesdits frais de 800.- francs, versé par la recourante en cours de procédure, lui est ainsi restitué à hauteur de 400.- francs à l'entrée en force du présent arrêt. Selon l'art. 63 al. 2 PA aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures.

E. 12.2

Selon les art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2], l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, la recourante ayant agi sans se faire représenter par un mandataire professionnel et n'ayant pas eu ainsi de frais particulièrement élevés pour défendre ses intérêts, il ne lui est pas alloué de dépens. Il n'est également pas alloué de dépens à l'autorité inférieure (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

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