

BVGer C-751/2024 vom 4. Februar 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-751_2024

FR: TAF C-751/2024 du 4 février 2026

IT: TAF C-751/2024 del 4 febbraio 2026

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.1

En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

E. 1.3

Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 5), le recours est recevable.

E. 1.4

Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 RAI (RS 832.201), l'Office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (al. 1), tandis que l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2). Etant donné que la recourante a son domicile en France voisine et qu'elle a travaillé en Suisse dans le canton (...) au moment où l'atteinte à la santé est survenue (art. 40 al. 2, 2ème phrase, RAI), c'est à bon droit que l'OCAS a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision

attaquée.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 20 décembre 2023 (OAIE pce 172), par laquelle l'autorité inférieure a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 3

Dans la mesure où la recourante est une ressortissante suisse, domiciliée en France et qu'elle a été assurée à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI), l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 par. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 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), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

E. 4.1

Au sens de l'art. 49 PA, la recourante 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. 4.2

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/Kayser, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 5.1

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 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance, au sens de l'art. 29 LAI, à partir du 1er janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2022, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état le 1er janvier 2022, ch. 1007 à 1010). En l'espèce, la recourante a bénéficié de mesures de réadaptation jusqu'au 1er octobre 2023 (communication du 25 avril 2023 : OAIE pce 142), de sorte qu'un éventuel droit à la rente ne pourrait prendre naissance qu'à l'issue de ces dernières, soit dès le 2 octobre 2023. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le droit à la rente ne prend en effet naissance qu'une fois les mesures de réadaptation achevées, même si celles-ci sont octroyées après l'échéance du délai d'attente d'une année, au sens des art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI (arrêt du TF 9C_380/2021 du 31 janvier 2022 consid. 5 et 5.1). Il convient par conséquent d'appliquer à la présente cause les dispositions en vigueur dès le 1er janvier 2022.

E. 5.2

Le juge 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 20 décembre 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 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_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

E. 6

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplit donc 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 reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

E. 7.2

Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), tandis que pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Enfin, pour les taux d'invalidité compris entre 40% et 49%, les rentes s'échelonnent de façon linéaire de 25% à 47.5% d'une rente entière (al. 4).

E. 8.1

Si la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, comme c'est le cas en l'espèce avec la décision du 2 novembre 2018 (OAIE pce 32), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

E. 8.2

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100%. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. 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 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3).

E. 9.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 9.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars

2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

E. 9.3

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément 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 leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

E. 9.4

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

E. 9.5

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de

résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 9.6

S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres troubles résultant de maladies psychosomatiques qui y sont assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 ; 143 V 418), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 145 V 361 consid. 3.1).

E. 10

En l'espèce, la décision du 20 décembre 2023 rejette le droit de la recourante à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 24% obtenu en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (part professionnelle 90%, avec une perte économique de 27% ; part ménagère de 10%, sans aucun empêchement pour les travaux habituels). Dans ce contexte, le Tribunal constate que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante en date du 4 mai 2020 (OAIE pce 35), par l'intermédiaire du service social inter entreprises. En effet, l'OAIE a sollicité le dossier de l'assureur perte de gain maladie (OAIE pces 45 et 102), la rédaction d'un rapport médical par le médecin traitant de la recourante (rapport médical du Dr C._____ du 7 juillet 2020 : OAIE pce 46), ainsi que divers renseignements auprès de l'employeur (questionnaire pour l'employeur du 14 octobre 2020 : OAIE pce 56). A réception de ces documents ainsi que des autres pièces médicales transmises par l'assurée, le dossier a été soumis au SMR, lequel s'est prononcé à trois reprises sur la situation médicale de l'assurée (avis SMR des 23 septembre 2020, 15 septembre et 5 décembre 2023 : OAIE pces 54, 155 et 169). Enfin, un mandat d'intervention précoce a été établi (note de travail IP du 17 juin 2020 : OAIE pce 44) et des mesures professionnelles accordées (communications AI des 1er février et 23 mai 2022 : OAIE pces 91 et 115). Dès lors, avant d'aborder les griefs de la recourante relatifs au revenu d'invalidité retenu dans la décision attaquée, il convient d'examiner si la situation médicale de l'assurée a fait l'objet d'un examen exhaustif de la part de l'autorité inférieure.

E. 11

Sur le plan médical, la décision attaquée repose sur le rapport SMR de la Dresse J. _____, médecin SMR, du 23 septembre 2020 (OAIE pce 54), confirmé dans deux avis ultérieurs du même médecin, datés des 15 septembre 2023 (OAIE pce 155) et 5 décembre 2023 (OAIE pce 169). En substance, dans son rapport SMR du 23 septembre 2020, la Dresse J. _____ retient que l'atteinte principale à la santé consiste en des douleurs chroniques des deux pieds sur un hallux rigidus bilatéral (Code CIM : M20.2). Comme pathologies associées du ressort de l'AI, elle ajoute des lombosciatalgies sur discopathies dégénératives étagées de L3 à S1, des cervicalgies sur cervicarthrose, des gonalgies bilatérales sur gonarthrose FTI, des omalgies droites sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs, conflit sous acromial et arthrose acromioclaviculaire, des omalgies gauches sur tendinopathie de la coiffe, périarthrite scapulo-humérale calcifiante, conflit sous-acromial, arthrose humérale et bursite, ainsi que des douleurs des deux coudes sur tendinite des épicondyliens latéraux. Elle précise que les calculs rénaux bilatéraux, l'allergie à la pénicilline et la valvulopathie aortique sont sans effet sur la capacité de travail. Au total, la médecin SMR estime qu'en tenant compte des différentes atteintes ostéoarticulaires dégénératives, il est médicalement justifié de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de laborantine depuis le 10 décembre 2019. À compter de cette même date, selon toute vraisemblance, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée légère et sédentaire, effectuée principalement en position assise, autorisant une alternance des positions, sans port de charges, sans sollicitations répétées ni travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, sans travail en hauteur, sans marche ni station statique prolongée, sans déplacements répétés, sans travail en porte-à-faux du rachis, sans marche en terrain irrégulier, sans utilisation répétée d'escaliers. Dans ses rapports postérieurs des 15 septembre et 5 décembre 2023, la médecin SMR estime que l'état de santé de la recourante est toujours identique à celui qui prévalait au moment de la rédaction de son rapport du 23 septembre 2020. Elle ajoute notamment que son évaluation serait confirmée par le résultat des mesures professionnelles mises en place par l'autorité inférieure en faveur de l'assurée.

E. 12

La valeur probante des rapports médicaux du SMR doit être examinée à l'aune de la jurisprudence relative aux médecins internes à l'assurance, à l'égard desquelles prévalent des exigences strictes, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Par ailleurs, selon la jurisprudence, les prises de position des SMR qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assurée, à l'instar des rapports SMR des 23 septembre 2020, 15 septembre et 5 décembre 2023, ne sont pas destinés à poser de nouvelles conclusions médicales mais à porter une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Cela implique, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

E. 13

En l'occurrence, après un examen attentif des pièces au dossier, le Tribunal constate que les rapports médicaux SMR des 23 septembre 2020, 15 septembre et 5 décembre 2023, établis sur dossier par un médecin disposant d'une spécialisation en médecine générale (selon le site www.doctorfmh.ch), ne peuvent se voir reconnaître une valeur probante suffisante pour trancher la question litigieuse du droit de la recourante à une rente d'invalidité. En effet, si sur le plan formel, les rapports précités mentionnent les principales pièces au dossier et diagnostics, ils ne contiennent en revanche qu'une argumentation très sommaire de la capacité de travail de la recourante. La médecin SMR se contente de mentionner les « différentes atteintes ostéoarticulaires dégénératives », sans autre explication, pour conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette lacune est d'autant plus problématique que l'appréciation du SMR est contredite par les médecins traitants, ainsi que par le résultat des mesures professionnelles. Comme mentionné infra, ces contradictions portent sur plusieurs points litigieux essentiels, notamment sur les questions de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée (cf. voir consid. 14 infra) et de son état de santé sur le plan psychiatrique (cf. voir consid. 15 infra). Or, la médecin SMR ne fournit aucune explication convaincante et motivée à l'appui de son appréciation divergente, ce qui nuit grandement à la valeur probante de ses propres conclusions.

E. 14.1

La question de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée a fait l'objet de deux rapports du Dr C._____, médecin traitant, datés des 7 juillet 2020 (OAIE pce 46) et 10 juillet 2023 (OAIE pce 151). Ce praticien estime que sa patiente n'est capable de travailler dans une activité de substitution qu'à un taux d'environ 70% (ou six heures par jour). A l'appui de son appréciation, il relève qu'en raison d'une dégradation (non datée) de l'état de santé de la recourante, un emploi à plein temps est devenu impossible, celle-ci ayant été « multiples fois opérée ». Le Dr C._____ ajoute qu'elle a subi de nombreux échecs thérapeutiques, ce qui l'a malmenée, et qu'elle n'est pas en mesure d'effectuer ses tâches ménagères, pour lesquelles elle est « suppléée en tout » par son mari.

E. 14.2

Dans son avis SMR du 23 septembre 2020, confirmé dans ses avis postérieurs des 15 septembre et 5 décembre 2023, la Dresse J._____ s'écarte de l'appréciation du Dr C._____, au motif que « le fonctionnement habituel de l'assurée reste(ra) satisfaisant, avec le maintien d'une pratique régulière d'activités physiques ». Elle ajoute que le médecin traitant aurait varié dans ses estimations de la capacité de travail, retenant « une exigibilité de 90% dès janvier 2018, puis de 75% dans ses précédents rapports médicaux (RM Dr C._____, 26/02/2018 et 07/07/2020 ». Dans ces circonstances, elle estime qu'il lui est « difficile de comprendre l'exigibilité résiduelle de 75% retenue par le médecin traitant (Dr C._____) ».

E. 14.3

Or, les critiques formulées par le médecin du SMR à l'encontre des rapports du Dr C._____ ne sont aucunement convaincantes. D'une part, il subsiste des incertitudes quant aux limitations fonctionnelles induites par les atteintes aux pieds présentées par l'assurée. En effet, dans son rapport SMR du 23 septembre 2020, la Dresse J._____ relève que la recourante présente des douleurs aux 2 pieds, en lien avec une arthrose métatarsophalangienne sévère bilatérale du premier rayon, associée à un hallux rigidus

bilatéral, opéré à gauche. Le médecin du SMR précise qu'à l'été 2020, en raison de la persistance des douleurs, une indication chirurgicale d'arthrodèse a été posée par les spécialistes en orthopédie. Elle conclut que si une telle intervention est effectivement susceptible d'améliorer les métatarsalgies, les limitations fonctionnelles d'épargne des pieds persisteront néanmoins à long terme, en raison d'une diminution de la mobilité articulaire inhérente au traitement. L'appréciation de la Dresse J. _____ apparaît toutefois contradictoire avec les déclarations de l'assurée, qui a indiqué au Dr H. _____ pratiquer la marche en montagne et de la via ferrata, tout en se présentant devant lui en « talons hauts » (rapport du 22 juin 2020 du Dr H. _____ : OAIE pce 46 p. 244). Dans ces circonstances, des doutes demeurent sur l'existence et l'étendue des limitations fonctionnelles induites par les atteintes aux pieds présentées par l'assurée. D'autre part, s'agissant des prétendues fluctuations dans la capacité de travail attestée par le Dr C. _____, elles s'expliquent parfaitement et ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations du médecin traitant. En effet, le premier rapport du 26 février 2018 (OAIE pce 8 p. 35) avait été rédigé dans le cadre de la précédente demande de prestations et correspondait à un pronostic réaliste, puisque la recourante allait finalement pouvoir reprendre son activité habituelle à 90%, dès juin 2018 (rapport d'évaluation IP du 30 mai 2018 : OAIE pce 20). Il ne concerne dès lors pas l'état de santé devant être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. En réalité, contrairement aux affirmations de la Dresse J. _____, une certaine constance se dégage de l'appréciation de la capacité de travail par le Dr C. _____ réalisée dans le cadre de la deuxième demande de prestations déposée par l'assurée. Ainsi, dans son rapport du 7 juillet 2020 (OAIE pce 46), ce praticien atteste d'une capacité de travail de 6 heures par jour dans une activité adaptée, alors qu'en date du 10 juillet 2023 (OAIE pce 151), il retient une incapacité pour tout travail exercé au-dessus de 70%.

E. 14.4

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que le médecin du SMR - dont les rapports sont soumis à des exigences strictes, le moindre doute justifiant selon la jurisprudence un renvoi pour instruction complémentaire (cf. not. ATF 139 V 225 consid. 5.2) -, s'est écarté de l'appréciation de la capacité de travail du Dr C. _____ en se fondant sur des éléments erronés et imprécis. Ce constat est de nature à faire naître des doutes importants quant au bien-fondé de ses conclusions et la valeur probante de ses rapports des 23 septembre 2020, 15 septembre et 5 décembre 2023.

E. 14.5

Les doutes à l'égard des conclusions du médecin interne à l'OAIE sont corroborés par les constatations réalisées dans le cadre du reclassement pris en charge par l'autorité inférieure, qui ne permettent aucunement de confirmer la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, contrairement à ce qu'affirme le médecin SMR dans son rapport du 5 décembre 2023. Ainsi, le rapport d'intégration professionnelle de N. _____ du 18 mai 2022 (OAIE pce 112) relevait que le taux de présence réel de la recourante s'était élevé à environ 63% - ce qui correspond peu ou prou à la capacité de travail de 70% attestée par le Dr C. _____. Les douleurs, de nuit et de jour, provoquaient une fatigue soutenue, accumulée tout au long de la journée, jusqu'au point de rupture où l'assurée ne parvenait plus à venir travailler. Après cette mesure à N. _____, la recourante a bénéficié, dès le 9 mai 2022, de la prise en charge d'un reclassement au sein de l'école O. _____ SA (communication du 23 mai 2022 : OAIE pce 115), d'abord comme infographiste, puis, devant les difficultés d'apprentissage rencontrées, comme gestionnaire administrative par logiciel, profession décrite comme

davantage adaptée à son potentiel (notes de travail « MOP » des 7 septembre et 7 octobre 2022 : OAIE pces 121 et 124). En cours de mesure, l'assurée a évoqué des douleurs au dos, un manque de sommeil et avoir la « tête ailleurs » (courriels des 10 octobre et 24 octobre 2022 : OAIE pces 125 et 126), puis demandé à suivre les cours à distance. A l'appui de sa requête, elle a invoqué son état de santé, notamment un traitement pour une cruralgie, des somnolences et un manque de sommeil (courriels du 30 novembre 2022 et du 11 janvier 2023 : OAIE pces 130 et 133), produisant à cet effet plusieurs certificats médicaux de son médecin traitant (certificats du Dr C. _____ des 29 novembre 2022 et 4 janvier 2023 : OAIE pces 130 p. 494 et 134 p. 501). Cette demande sera acceptée par l'OCAS jusqu'au 30 janvier 2023 (courriel de l'OCAS du 16 janvier 2023 : OAIE pce 135). Par la suite, la recourante a bénéficié d'un stage, mis en place dès le 3 avril 2023 auprès de l'entreprise P. _____ Sàrl (convention de stage non datée : OAIE pce 139). Le rapport de stage par courriel du 6 juillet 2023 (OAIE pce 149) relève que si le premier objectif lié à la réalisation d'une plateforme de e-commerce dans les locaux de l'école, avec l'assistance d'un enseignant, avait été pleinement atteint, il en allait différemment du second. Celui-ci visait à une intégration dans l'entreprise pour que l'assurée y réalise les diverses tâches pour lesquelles elle a été formée, mais des difficultés organisationnelles et de déplacement, liées notamment aux douleurs aux pieds, ont empêché de mener à bien cette deuxième phase. Le rapport conclut qu'au vu des résultats obtenus, l'objectif de formation a été « largement atteint ». Les formateurs sont d'avis que l'assurée est « formée à un niveau qui permet d'envisager objectivement un retour à un poste ». Or, contrairement à l'interprétation du SMR, cette conclusion prise par les spécialistes en charge de la formation est manifestement insuffisante pour valider une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, cette formulation ne fournit en réalité aucune indication sur un quelconque taux d'activité. Au vu des difficultés rencontrées en cours de mesure, il ne peut sans autre être déduit que l'assurée pourrait exercer une activité adaptée à son état de santé à temps plein. S'il est vrai que la jurisprudence dispose que les données médicales l'emportent sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnel, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré (Michel Valterio, op. cit., art. 57 no 55, et les références citées, en particulier arrêts du TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 8C_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4, 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1), il n'en demeure pas moins que le SMR aurait dû mener une discussion motivée concernant les difficultés rencontrées en cours de mesure, et non simplement affirmer de façon péremptoire que cette mesure validait son appréciation de la capacité de travail, sans aucune discussion. L'absence de toute discussion à ce sujet dans les avis successifs du SMR constitue une raison supplémentaire de nier toute valeur probante aux conclusions du service médical interne de l'OAIE.

E. 15

Outre des insuffisances sur le plan de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, les rapports du SMR des 23 septembre 2020, 15 septembre et 5 décembre 2023 se révèlent également lacunaires s'agissant de l'état de santé psychiatrique de la recourante. La médecin du SMR retient en effet qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une instruction du dossier sur le plan psychiatrique, la problématique étant à ses yeux connue de longue date, sans suivi psychiatrique rapproché, et n'ayant pas empêché l'assurée de participer aux mesures de réadaptation. Or, la présence de longue date d'une problématique psychique aurait dû au contraire conduire le SMR à compléter l'instruction sur le plan psychiatrique. En effet, une symptomatologie anxiodépressive ressortait déjà de

plusieurs rapports du Dr C._____, datées des 4 juillet 2017 (« démoralisée par les douleurs d'origine multiples rendant sa vie personnelle et professionnelle très difficile : OAIE pce 10 p. 76), 26 février 2018 (« terrain anxiodépressif » : OAIE pce 8 p. 40) et 2 février 2021 (« la patiente est désespérée » : OAIE pce 102 p. 429). Par ailleurs, dans son rapport du 7 juillet 2020, le médecin traitant mentionnait un traitement par antidépresseur et recommandait une psychothérapie. Ainsi, même en l'absence de suivi psychiatrique rapproché, un traitement était néanmoins en place. Pour le surplus, dans son - certes succinct - rapport médical du 9 novembre 2023 (OAIE pce 168 p. 573), antérieur à la décision attaquée, le Dr Q._____, psychiatre, précisait être consulté par la recourante « pour la deuxième fois depuis l'année dernière ». Elle présente selon lui un tableau polyalgique avec une dépression et une anxiété entretenues par ses douleurs. Elle a essayé de nombreuses solutions thérapeutiques tant pour ses problèmes physiques que pour son insomnie et son anxiété, sans trouver de solution durable. D'après le psychiatre traitant, « il est évident qu'elle ne pourrait pas tenir un poste de travail à temps plein ». Concernant plus particulièrement le tableau polyalgique rapporté par le Dr Q._____, il était, tout comme l'état anxio-dépressif, déjà évoqué dans le dossier. Ainsi, cette atteinte ressortait du certificat médical du 6 novembre 2020 (OAIE pce 58 p. 277) du Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui mentionnait une possible intrication fonctionnelle à l'origine des symptômes douloureux présentés par la recourante. Enfin, comme il en a déjà été question supra (cf. consid. 15.5), on ne saurait sans autre considérer que les mesures professionnelles permettent de conclure à une pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Dans ce contexte, l'instruction du dossier de la recourante aurait dû comporter un volet psychiatrique, respectant la jurisprudence en la matière du Tribunal fédéral (cf. consid. 10.6). Tel n'a toutefois pas été le cas, ce qui constitue un motif supplémentaire devant conduire à nier toute valeur probante aux rapports SMR des 23 septembre 2020, 15 septembre et 5 décembre 2023.

E. 16

En définitive, le Tribunal constate que les rapports SMR à l'origine de la décision attaquée sont dépourvus de toute valeur probante. Le dossier ne comporte ainsi aucune appréciation globale et probante de la capacité de travail de l'assurée, tenant compte des multiples atteintes somatiques, de l'éventuelle atteinte psychiatrique ainsi que des interactions possibles entre celles-ci. Il s'avère ainsi nécessaire, au vu de ce qui précède, de clarifier les faits de la cause, la documentation versée au dossier n'étant pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé de la recourante, les limitations fonctionnelles qu'elle subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il y a donc lieu de procéder à une instruction complémentaire.

E. 17

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire d'aborder les autres griefs et arguments des parties à l'égard de la décision attaquée, notamment s'agissant du revenu d'invalidité.

E. 18.1

Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de

fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.), lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 18.2

Dès lors, dans le cas présent, l'OAIE complétera son dossier en sollicitant des rapports médicaux actualisés auprès des médecins traitants de la recourante, puis mettra en oeuvre une expertise médicale sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie, de la chirurgie orthopédique, ainsi que de la psychiatrie, de même que dans toute autre discipline jugée nécessaire le SMR (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1 ; Anne-Sylvie Dupont, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGa, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse - l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) -, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGa), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid.5.2.1 ; arrêt du TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7 ; arrêts du TAF C-2141/2020 du 27 mars 2023 consid. 13 ; C-2578/2022 du 16 mars 2023 consid. 8 ; C-6862/2019 du 3 août 2021 consid. 5.3).

E. 18.3

A réception des résultats de l'expertise, l'autorité inférieure mettra en place une instruction conforme à la jurisprudence sur les empêchements ménagers présentés par la recourante. En effet, la détermination du taux d'invalidité concernant l'activité dans le ménage implique, en règle générale, la mise en oeuvre d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI) qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux (arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 ; 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 ; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). L'appréciation des limitations intervient, de plus, sur la base d'un tableau correspondant à la CIIAI (version 16 en vigueur au moment du prononcé de la décision contestée) établie par l'Office fédéral des assurances sociales. Le contenu du rapport d'enquête doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations, et correspondre aux indications

relevées sur place (arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 ; 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, l'appréciation de l'incapacité de la personne assurée résidant à l'étranger dans l'accomplissement des travaux habituels doit se fonder sur des principes analogues. Si l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du TF I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2 ; voir également arrêts du TAF C-4872/2017 du 10 octobre 2019 consid. 6.3.3 et C-260/2020 du 21 avril 2021 consid. 5.4.2). A l'issue de cette instruction complémentaire, l'OAIE statuera à nouveau sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance.

E. 19

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 20 décembre 2023 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 20.1

Selon l'art. 63 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont en général mis à la charge de la partie qui succombe (al. 1). Ils ne peuvent être mis à la charge de la partie qui a gain de cause que si elle les a occasionnés en violant des règles de procédure (al. 3). Aussi la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral est-elle en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI ; cf. arrêt du TF 9C_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.2).

E. 20.2

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 ; 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6).

E. 20.3

Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de 800 francs versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

E. 20.4

En outre, conformément aux 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), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, laquelle a mandaté une représentante pour la défense de ses intérêts. En l'absence d'un décompte de prestations de la part de la mandataire, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art.

14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de 2'800 francs, tenant compte du travail effectué par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours de 7 pages et d'une réplique de 4 pages. (le dispositif figure sur la page suivante)

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