

BVGer F-728/2021 vom 11. September 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-09-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_F-728_2021

FR: TAF F-728/2021 du 11 septembre 2024

IT: TAF F-728/2021 del 11 settembre 2024

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

E. 1.2

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 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 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 ; cf. art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

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). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral 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 (ATAF 2014/24 consid. 2.2 ; 2009/57 consid. 1.2 ; arrêt du TF 1C_214/2015 du 6 novembre 2015 consid. 2.2.2). Aussi peut-il admettre ou rejeter le pourvoi pour d'autres motifs que ceux invoqués. Cela étant, 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).

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021

705 ; FF 2017 2535).

E. 3.2

Il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 143 V 446 consid. 3.3). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'espèce, la décision litigieuse a été rendue le 3 février 2021, de sorte qu'il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020, dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2022, ne trouve pas à s'appliquer in casu.

E. 3.3

Vu, par ailleurs, les éléments d'extranéité ressortant du dossier, sont applicables l'ALCP (RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : 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 que 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 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

E. 4

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans. Elle remplit donc la condition de durée minimale des cotisations. Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi.

E. 4.1

L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2020 5137 ; FF 2018 1597), 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (1ère phrase). En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que

telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase, LPGA).

E. 4.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

E. 4.3

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte ; art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1 et 4.1 ; arrêt du TF 9C_333/2022 du 10 mai 2023 consid. 3). Pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé (cf. ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; arrêt du TF 9C_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2). Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. L'obligation de réduire le dommage en organisant son travail et en recourant à l'aide des proches dans les travaux ménagers, notamment les plus lourds, s'applique également à l'assuré dont l'invalidité est évaluée selon la méthode mixte (ATF 133 V 504, consid. 4.2 ; arrêt du TF 8C_119/2023 du 15 juin 2023 consid. 5.3.3).

E. 4.4

L'art. 27bis RAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, prescrit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

E. 4.5

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. Au regard de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle 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. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). Au vu de l'art. 30 LAI, la personne assurée cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'elle peut prétendre à la rente de vieillesse de l'AVS. Selon l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), ont droit à une rente de vieillesse, les personnes qui ont 65 ans révolus (âge de référence). L'al. 2 de cette disposition précise que le droit à la rente prend naissance le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'assuré atteint l'âge de référence. Les dispositions transitoires de la modification du 17 décembre 2021 prévoient que l'âge de référence est de 64 ans pour les femmes nées en 1960 ou auparavant.

E. 5.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

E. 5.2

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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). 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 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 143 V 418 consid. 6).

E. 5.3

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du TF 9C_571/2021 du 3 janvier 2022 consid. 2.1).

S'agissant des maladies 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, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 145 V 361 consid. 3.1 et les réf. citées). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence 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-IV (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1). 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) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social ». B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant des troubles (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF

141 V 281 consid. 4.1.1).

E. 5.4

Le but des expertises interdisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et de regrouper en un résultat global les limitations de la capacité de travail qui en découlent (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les références citées ; ATF 137 V 210 consid. 1.2.4). Il en va de même en ce qui concerne la délimitation parfois difficile entre les états assurés au sens de l'art. 4 al. 1 LAI et les facteurs étrangers à l'invalidité. L'appréciation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt ainsi une grande importance lorsqu'elle est effectuée sur la base d'une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes qui participent à l'expertise. Une telle évaluation récapitulative basée sur une discussion consensuelle entre les différents experts ou sous la direction d'un médecin responsable du cas pour rassembler et exposer les résultats des différentes spécialités est idéale, mais pas obligatoire (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les références citées).

E. 5.5

Au contraire des expertises, les rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI et du service médical interne de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêt du TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les références citées).

E. 5.6

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, 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 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_54/2021 du 25 février 2022 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 (ATF 141 III 433 consid. 2.3).

E. 6

Ces critères ayant été posés, il convient d'examiner la situation au 3 février 2021, lorsque la décision querellée a été rendue. A titre liminaire, le Tribunal note que, dans la mesure où l'intéressée est née le 2 juin 1955, un éventuel droit à une rente d'invalidité serait éteint le 30 juin 2019, lorsque la recourante a eu 64 ans révolus (cf. supra, consid. 4.5). Dès lors, il appartient au Tribunal d'examiner si la recourante a droit à une rente d'invalidité jusqu'à cette date (cf. arrêt du TAF C-4454/2014 du 23 novembre 2015 consid. 8).

E. 6.1

Les pièces médicales suivantes ont notamment été versées au dossier, jusqu'au prononcé de la décision litigieuse : - une attestation du Dr H._____ du 15 mars 2010 de suivi pour un syndrome d'apnées obstructives du sommeil modéré, - une attestation d'hospitalisation du 11 au 19 décembre 2010 en raison d'une embolie pulmonaire de moyenne gravité, établie le 19 décembre 2010 par le Dr I._____, cardiologue, - le questionnaire à l'employeur daté du 25 mars 2011 précisant une activité de mise en place des marchandises (34-66%), de

conseil à la clientèle (34-66%) et de gestion des stocks (6-33%) exercée en station debout et en mouvement avec port de 0-10 kg (33-66%) et de 10-25 kg (6-33%), activités nécessitant une grande concentration, une grande endurance, un grand soin, - une attestation de la Dre J. _____ du 12 avril 2011 de prise en charge régulière au Centre hospitalier de K. _____ pour une pathologie relevant de l'ALD 30 (liste de 30 affections de longue durée selon le système assécurologique français), - un questionnaire à l'assurée quant à ses activités lucratives et domestiques, daté du 14 mai 2011, indiquant un mauvais état de santé, pas de reprise du travail, une habitation en maison individuelle avec son mari, une aide dans les tâches domestiques par son mari et ses parents voisins ainsi que par une femme de ménage (1 x sem.), une activité essentiellement passée à la maison (soins aux plantes et au jardin, travaux manuels), - trois rapports médicaux du Dr L. _____, médecine générale, médecin traitant, datés du 4 juillet 2011, du 22 juin 2018 et du 14 janvier 2020, posant les diagnostics affectant la capacité de travail de néo (néoplasme) du sein droit opéré le 18 novembre 2010, de radio et chimiothérapie adjuvante, d'embolie pulmonaire le 11 décembre 2010, indiquant des handicaps fonctionnels liés à la radiothérapie, lombalgies chroniques invalidantes, pas d'activités de loisirs compte tenu de l'état de santé actuel, notant les plaintes de fatigue extrême, dépression réactionnelle/ syndrome anxio-dépressif réactionnel, dyspnée au moindre effort, douleurs thoraciques (embolie pulmonaire), notant une hormonothérapie à prévoir sur 5 ans, - un rapport médical du Dr M. _____, spécialisation non indiquée, du SMR, daté du 19 décembre 2011, retenant les diagnostics de carcinome mammaire intraductal du sein droit (10/2010), status post opératoire avec lymphonodectomie (11/2010), chimiothérapie (1-5/2011), radiothérapie (dès 5/2011), aromatase-hormonothérapie planifiée sur 5 ans, status post embolie pulmonaire (12/2010), syndrome léger d'apnée du sommeil, fatigue avec dépression réactionnelle, indiquant sur le plan médical une incapacité de travail totale depuis le diagnostic posé en octobre 2010 jusqu'à environ six mois après la fin de la radiothérapie laquelle, non documentée, est généralement de six semaines, notant des suites usuelles de fatigue et d'épuisement rapportées tant par l'assurée que son médecin traitant, indiquant théoriquement une capacité de travail recouvrée au 1er janvier 2012 avec éventuellement au début un rendement diminué en raison de la fatigue et des effets secondaires de l'aromatase-hormonothérapie, requérant un complément d'information sur la radiothérapie, le début de l'aromatase-hormonothérapie et ses effets secondaires, l'appréciation de la capacité de travail au 1er janvier 2012 par le médecin traitant de l'assurée, l'incidence de la dépression et son traitement, - un rapport médical de la Dre N. _____, médecine générale, daté du 12 juillet 2012 faisant état d'un lymphoedème du membre supérieur droit pour lequel l'intéressée porte un manchon de contention et bénéficie de séances de drainage lymphatique depuis le 21 mai 2012, indiquant outre les antécédents une dépression et un suivi régulier par un médecin psychiatre, - un rapport médical du Dr L. _____ du 23 août 2012 rappelant les diagnostics connus affectant la capacité de travail, notant nouvellement les diagnostics indiqués n'affectant pas la capacité de travail de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, migraines invalidantes, allergie aux acariens, indiquant une aide-ménagère à domicile, un handicap fonctionnel total, la nécessité d'un examen médical complémentaire, un suivi médicamenteux (Arimidex®, Relpax®, Kardegic® 75, Klipal® codéine), relevant des douleurs, un lymphoedème important invalidant le membre supérieur droit, une dyspnée, une migraine, un syndrome anxio-dépressif réactionnel, un suivi en oncologie et pneumologie, - un rapport après examen du 22 octobre 2012 confirmant un syndrome d'apnées/d'hypopnées du sommeil sous orthèse d'avancement mandibulaire, -

cinq rapports et certificats médicaux du Dr O._____, pneumologie, allergologie, datés des 13 mai 2011, 6 décembre 2012, 3 juin 2014, 5 juillet 2018 et 23 avril 2020, indiquant un bilan respiratoire mettant en évidence un trouble ventilatoire restrictif net d'environ 35%, une dyspnée d'effort résiduelle de grade 2, un important lymphoedème de tout le membre supérieur droit (impotence fonctionnelle), une séquelle pleurale basale gauche documentée par cliché thoracique, un trouble ventilatoire restrictif net documenté par les épreuves fonctionnelles respiratoires ainsi qu'un bon résultat du traitement de suivi de l'apnée du sommeil, - un rapport du Dr M._____ du SMR, daté du 29 janvier 2013, reprenant les diagnostics de son précédent rapport du 19 décembre 2011, indiquant un status non clair du carcinome mammaire, une fonction pulmonaire paraissant limitée, des limitations fonctionnelles non établies, indiquant la nécessité d'une expertise polydisciplinaire (gynécologie, médecine interne / pneumologie, psychiatrie) selon le protocole complet, - un bilan sénologique du Dr P._____, daté du 5 février 2013, concluant à l'apparition d'un kyste de cytotéatonecrose dans le quadrant supéro-externe du sein droit en région opératoire, non signalé sur l'échographie un an auparavant, préconisant par sécurité une IRM mammaire, - une correspondance du Dr Q._____, oncologie, au Dr L._____, datée du 29 octobre 2013, notant un état général paraissant stable, l'énoncé de plaintes fonctionnelles dominées par des douleurs articulaires en particulier au niveau des chevilles avec prise d'antalgiques, des chutes signalées à répétition rattachées selon l'intéressée à la prise de l'Armidex®, sur le plan objectif aucune formation tumorale accessible, pas d'adénopathie loco-régionale, un lymphoedème du membre supérieur droit pris en charge par des drainages lymphatiques et une contention, proposant une investigation spécialisée relativement aux chutes à répétition, indiquant une consultation de suivi à un an, - une attestation de suivi pour cancer du sein du Dr R._____, gynécologie, maladie du sein, datée du 14 avril 2014 ; un rapport du même praticien, daté du 24 mai 2018, faisant état d'un cancer du sein droit, d'une embolie pulmonaire et d'un lymphoedème invalidant le membre supérieur droit ; un certificat médical du même praticien, daté du 31 août 2020, faisant état d'une opération du sein droit en 2010, traité en complément par radiothérapie et chimiothérapie, ainsi que d'un lymphoedème du membre supérieur droit, - une attestation de suivi régulier du Dr L._____, médecin traitant, datée du 13 mai 2014, - cinq rapports et certificats de la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie, datés des 13 juin 2014, 29 janvier 2015, 13 juin 2018, 3 juillet 2019 et 17 janvier 2020, faisant état d'un suivi régulier et d'un traitement psychotrope au long cours pour une prise en charge d'un syndrome anxio-dépressif sévère, notant à l'examen clinique une humeur à tendance dépressive avec des vellétés suicidaires, une insomnie quasi totale, une clinophilie, un état d'anxiété aiguë avec des plaintes somatiques, la nécessité d'un suivi régulier et d'un traitement psychotrope, un état ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle.

E. 6.2

A l'appui de son recours du 17 février 2021 et durant l'échange d'écritures qui s'en est suivi, l'intéressée a également produit (outre des certificats et rapports médicaux déjà versés en cause durant la procédure) : - un certificat de la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie, daté du 12 février 2021, faisant état d'un suivi régulier depuis le mois d'avril 2014 pour la prise en charge d'un syndrome anxio-dépressif sévère, relevant une humeur à tendance dépressive avec des idées noires, des ruminations anxieuses sur le passé, une anhédonie et un ralentissement psycho-moteur, nécessitant un traitement psychotrope ; une aggravation de son état clinique depuis octobre 2020, nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, a été relevée, - un rapport d'hospitalisation de la Dre T._____ (clinique U._____) du 25

mars 2021, faisant état d'une recrudescence anxio-dépressive, avec une amélioration progressive de la symptomatologie dépressive en cours de séjour, et concluant à un épisode dépressif en rémission partielle, - un bulletin de situation de la clinique U. _____ du 26 mars 2021, faisant état d'une entrée de l'intéressée le 4 mars 2021 et d'une sortie le 26 mars 2021, - un rapport du Dr O. _____, pneumologie, allergologie, daté du 9 avril 2021, mettant en évidence un trouble ventilatoire restrictif avec nette réduction de la diffusion ainsi qu'une apnée du sommeil appareillée avec bon résultat.

E. 7

En l'occurrence, il s'agit d'examiner si l'on peut accorder une pleine valeur probante au rapport d'expertise polydisciplinaire du C. _____ de E. _____, daté du 20 mars 2019, sur la base duquel l'autorité inférieure a rendu la décision litigieuse.

E. 7.1

Cette expertise se base sur les pièces médicales au dossier à cette date, et comprend des volets de médecine générale (Dr. V. _____), de gynécologie (Dr. W. _____), de pneumologie (Dr. X. _____), de neurologie (Dr. Y. _____) et de psychiatrie (Dr. Z. _____). Il ressort de l'analyse consensuelle que l'intéressée a subi un traitement d'un carcinome mammaire en 2010. Un trouble dépressif récurrent, actuellement un épisode léger, a été diagnostiqué. La symptomatologie dépressive pouvait expliquer une fatigue accrue et une diminution de la capacité de travail. Sur le plan pneumologique, a été diagnostiqué un trouble ventilatoire restrictif modéré en présence d'une obésité et d'un état post-embolie pulmonaire. La capacité physique était limitée, les activités légères à modérées étant toutefois possibles sans restriction. Sur le plan gynécologique, un carcinome mammaire droit a été diagnostiqué avec statut après traitement en 2010. Les résultats cliniques étaient sans particularité, à l'exception d'un léger lymphoedème dans le bras droit. Aucun indice de métastases ou de récurrences n'était apparu. De ce point de vue, la capacité de travail de l'assurée n'était pas limitée dans son activité habituelle. L'examen neurologique a permis de diagnostiquer une migraine sans aura et des céphalées chroniques d'origines diverses. D'un point de vue général, il existait un déséquilibre musculaire au niveau des muscles du dos. Dans l'ensemble, ces résultats neurologiques et de médecine interne générale n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Les experts ont conclu à une capacité de travail de 7 à 8 heures journalières dans son activité habituelle (soit 80%) de vendeuse dans un brico-centre, avec pour seule limitation des pauses plus fréquentes. Pendant le traitement du carcinome mammaire, l'intéressée avait une incapacité de travail de 100%. Le traitement a été terminé en juillet 2011. Au plus tard deux mois après la fin de la chimiothérapie, c'est-à-dire en octobre 2011, la reprise d'une activité professionnelle aurait été possible. Selon les résultats objectifs du dossier et les constatations effectuées, une augmentation rapide jusqu'à 80% aurait été possible : cette capacité de travail de 80% avait été atteinte depuis le début de l'année 2012. Dans une activité adaptée, des sollicitations physiques légères à moyennement lourdes par intermittence, telles que celles exercées par l'intéressée en tant que vendeuse dans un brico-centre jusqu'à présent, étaient possibles. Une capacité de travail de 7 à 8 heures journalières (soit 80%) était également possible dans une activité adaptée, avec pour limitation des pauses légèrement plus fréquentes en raison d'une humeur dépressive. L'évolution dans le temps de cette capacité de travail était identique à celle constatée pour l'activité précédente. Une diminution de rendement de 20% était justifiée par les symptômes dépressifs constatés lors de l'examen psychiatrique. La résistance physique était certes légèrement réduite, mais cela n'avait pas

d'incidence sur l'activité habituelle. Il n'y avait pas non plus de cumul des résultats dans les différents domaines somatiques avec la souffrance psychique ou les restrictions de performance. En réponse aux questions complémentaires posées par l'OAI-B. _____, les experts ont précisé, en date du 5 août 2019, qu'une capacité de travail de 50% devait être retenue dès le mois d'octobre 2011, puis de 80% dès le mois de janvier 2012, avec, sous l'angle psychiatrique, une diminution de rendement de 20% (symptomatique dépressive). Et ce, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

E. 7.2

Le Tribunal relève tout d'abord que, conformément aux instructions contenues dans son arrêt de cassation du 17 mai 2017, l'OAI-B. _____ a fait procéder à une nouvelle expertise polydisciplinaire. Les investigations médicales nécessaires ont ainsi été effectuées, l'état de santé de l'intéressée - ainsi que son évolution dans le temps - étant établi, depuis le début des premières atteintes. Les incidences de son état de santé sur sa capacité de travail ressortent clairement de cette expertise. En outre, les médecins mandatés possèdent les titres et spécialisations nécessaires pour examiner et apprécier les troubles de l'assurée. Ensuite, le Tribunal souligne qu'il n'a aucune raison de s'écarter des conclusions des experts mandatés. En particulier, il constate que le rapport d'expertise polydisciplinaire du 20 mars 2019 contient une anamnèse complète et détaillée de la situation sur les plans de médecine générale, de gynécologie, de pneumologie, de neurologie et de psychiatrie. Cette expertise tient dûment compte des plaintes subjectives de l'intéressée et se fonde sur des examens médicaux complets. L'appréciation du cas et les conclusions sont motivées en détail et elles sont concordantes. Le Tribunal s'étonne néanmoins des quelques contradictions qui émaillent le rapport d'expertise, notamment du fait que les limitations fonctionnelles établies par l'expert gynécologue, l'expert psychiatre ou - dans une certaine mesure - l'expert neurologue ne se reflètent pas dans la discussion consensuelle (le lymphoedème du membre supérieur droit est classé dans les diagnostics sans influence sur la capacité de travail, alors même que l'expert gynécologue relève qu'il s'agit d'une limitation [modérée] qui justifierait une activité adaptée, effectuée de préférence en position assise ou n'entraînant qu'une sollicitation physique légère [pp. 7, 8 et 48 du rapport] ; limitation fonctionnelle relevée par l'expert psychiatre [p. 30 du rapport] ; l'expert neurologue note que le lymphoedème a une influence sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse dans un brico-centre [p. 36 du rapport]). En outre, il est pour le moins surprenant que l'assurée - alors âgée de presque 64 ans - soit décrite, dans la discussion consensuelle, comme possédant des ressources pour exercer une activité lucrative (p. 8 du rapport). Le Tribunal rappelle à cet égard l'importance de la grille d'évaluation normative et structurée voulue par la jurisprudence fédérale (cf. supra, consid. 5.3), que l'expertise psychiatrique ne respecte pas totalement en l'espèce. Ainsi, si le complexe « atteinte à la santé » est traité notamment dans la présentation de l'anamnèse et des diagnostics, l'expert ne s'est pas prononcé de manière optimale sur le succès de la réadaptation (cf. catégorie A. « degré de gravité fonctionnel » complexe « atteinte à la santé », point iii). Le rapport met en évidence les ressources personnelles de la recourante (entourage familial ; cf. b. complexe « personnalité ») et indique qu'il n'existe aucun problème de cohérence sous l'angle psychiatrique (cf. catégorie B « cohérence ») ; cela étant, l'expert n'indique pas si la limitation du niveau des activités est uniforme dans tous les domaines comparables de la vie (cf. catégorie « cohérence » point a ; voir arrêt du TAF C-759/2019 du 3 mars 2021 consid. 12.1.8).

E. 7.3

Cela étant, l'expertise du 20 mars 2019 a été soumise à l'appréciation du SMR, qui a recommandé - en date du 12 juin 2019 - d'adresser aux experts une série de questions complémentaires portant sur la capacité de travail de l'intéressée. Ces questions ont été adressées au C. _____ de E. _____ par l'OAI-B. _____ en date du 8 juillet 2019. Le 5 août 2019, les experts ont fourni leurs réponses aux questions posées, précisant notamment les dates auxquelles la capacité de travail de l'intéressée avait subi des modifications. Le 30 septembre 2019, le SMR a confirmé qu'aucune clarification supplémentaire n'était indiquée. Par conséquent, l'expertise du 20 mars 2019 - complétée par la prise de position des experts du 5 août 2019 - remplit les conditions jurisprudentielles requises (cf. supra, consid. 5.3). En d'autres termes, la capacité de travail (résiduelle) de l'assurée a été établie, avec un degré de vraisemblance prépondérant.

E. 7.4

La recourante n'explique pas pour quelles raisons, d'un point de vue médical, les conclusions des experts ne seraient pas pertinentes. Or, conformément à la jurisprudence, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation des experts, de faire état d'éléments contradictoires ou objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour la remettre en cause (arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Or, les pièces médicales produites par la recourante durant la procédure de recours reprennent très largement les diagnostics déjà posés et corroborent les conclusions de l'expertise du 20 mars 2019. Ainsi, le certificat de la Dre S. _____ du 12 février 2021 corrobore la symptomatologie dépressive diagnostiquée par les experts, tout comme le rapport du Dr O. _____ du 9 avril 2021 confirme le trouble ventilatoire restrictif mis en évidence par l'expert pneumologue.

E. 7.5

Le Tribunal retient ainsi que l'assurée présente une capacité de travail de 50% dès le mois d'octobre 2011, puis de 80% dès le mois de janvier 2012, avec, sous l'angle psychiatrique, une diminution de rendement de 20% (symptomatique dépressive). Et ce, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. 8. Il reste à examiner la manière dont l'autorité inférieure a déterminé le taux d'invalidité de l'intéressée. 8.1 Par arrêt du 17 mai 2017 rendu en la cause C-3486/2014, le Tribunal a renvoyé le dossier à l'autorité inférieure pour investigations complémentaires et nouvelle décision sur le droit de l'intéressée à une rente. Il a notamment donné comme instruction à l'autorité inférieure d'effectuer une nouvelle enquête ménagère, complétée d'une appréciation médicale des limitations dans les tâches ménagères respectivement du bien-fondé du recours à une femme de ménage, afin de déterminer quelle méthode devait être appliquée entre la méthode mixte ou la méthode générale. Or, force est de constater que l'autorité inférieure n'a pas fait procéder à une nouvelle enquête ménagère, s'appuyant - dans la décision litigieuse du 3 février 2021 - sur celle qui avait été effectuée au mois de février 2014. L'autorité inférieure en a repris les conclusions pour fixer à nouveau le taux d'invalidité à 24%, s'agissant de tâches ménagères exercées à 40% par l'intéressée. Enfin, l'autorité inférieure a derechef appliqué la méthode mixte pour fixer un taux d'invalidité moyen inférieur à 40%. 8.2 De jurisprudence constante, les considérants d'un arrêt de renvoi lient les parties et le Tribunal lui-même (ATF 125 III 421 consid. 2a ; arrêts du TF 2C_647/2021 du 1er novembre 2021 consid. 2.2

et 2C_519/2013 du 3 septembre 2013 consid. 2.1). L'arrêt de renvoi fixe aussi bien le cadre du nouvel état de fait que celui de la nouvelle motivation juridique (cf. ATF 135 III 334 consid. 2 et ATF 131 III 91 consid. 5.2). L'autorité inférieure doit ainsi se conformer aux instructions impératives contenues dans l'arrêt de cassation. Etant donné que l'autorité inférieure n'a pas respecté les instructions contenues dans l'arrêt de cassation C-3486/2014, le Tribunal n'est pas en mesure de se prononcer de manière complète sur le taux d'invalidité de la recourante. 8.3 Selon 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. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment 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 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). 8.4 Dans le cas concret, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, en conformité avec les instructions contenues dans l'arrêt C-3486/2014, notamment à son considérant 7.9. Il s'agira pour l'OAIE de procéder à une nouvelle évaluation de l'invalidité, en application de la méthode qu'elle déterminera. Il conviendra en particulier que l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin mandaté, qui se déterminera de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après un entretien avec cette dernière. En effet, l'incapacité à accomplir les travaux habituels, tels les tâches ménagères, est évaluée en comparant les activités que la personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspond alors à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Pratiquement, l'évaluation implique la mise en oeuvre d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (art. 69 al. 2 RAI ; arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2). De plus, l'appréciation des limitations intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; ch. 3087 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité, CIIAI). S'agissant de l'appréciation de l'incapacité d'une personne assurée résidant à l'étranger, on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger, l'évaluation de l'invalidité soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié. Encore faut-il que le praticien mandaté se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêts du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 8.2 et C-4872/2017 du 16 octobre 2019 consid. 6.3.3 et les réf. cit.). 8.5 Il s'agit en outre de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'âge avancé, dans la mesure où l'intéressée est née le (...) 1955 et a atteint ses 64 ans en (...) 2019. 8.5.1 Selon cette jurisprudence, bien qu'il incombe en règle générale à la personne assurée d'intégrer de son propre chef le marché du travail (voir notamment ATF 138 I 205 consid. 3) et que son âge n'est en principe pas un élément déterminant (arrêt du TF I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3), il y a lieu, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'une personne qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse (64 ans pour les femmes en Suisse) de se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, cette

personne est en mesure de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail (art. 7 et 16 LPGA). En effet, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (voir notamment arrêts du TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne concernée, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, de la durée prévisible des rapports de travail ainsi que du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire à verser (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1; arrêt du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). La mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail dépend en effet notamment de la durée prévisible des rapports de travail, en particulier lors d'un changement professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2 ; arrêt du TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et les réf. cit.). Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). La jurisprudence reconnaît donc, le cas échéant, que l'âge (avancé) peut conduire, avec d'autres éléments personnels et/ou professionnels (taux d'activité exigible, éventail d'activités exigibles, formation et expérience professionnelle, absence prolongée du marché du travail), à ce que la capacité de travail résiduelle ne soit plus exigible de manière réaliste sur un marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du TAF C-1834/2019 du 10 février 2022 consid. 8.2.1). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour une personne proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment où il a été constaté, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; arrêt du TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; arrêt du TAF C-1834/2019 du 10 février 2022 consid. 8.2.2 et les réf. cit.). Lorsqu'il appert que la capacité de gain résiduelle n'est plus économiquement exploitable, on est en présence d'une incapacité de gain totale qui donne droit, en principe, à une rente d'invalidité entière, également pour la période antérieure à ce moment déterminant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.4 ; arrêts du TF 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 et 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3. et 4.4 [où le TF a précisé qu'il fallait également tenir compte du taux d'invalidité dans les activités ménagères]). En effet, lors de l'évaluation de l'invalidité, aucun revenu d'invalidité ne peut alors être pris en compte. 8.5.2 En l'occurrence, l'intéressée était âgée de (...) à la date de l'expertise du C. _____ de E. _____, rendue au mois de mars 2019. Celle-ci se trouvait alors à quelques mois seulement de la retraite (64 ans révolus au (...) 2019) et il serait irréaliste d'admettre qu'elle eût pu mettre en valeur sa capacité (résiduelle) de travail, ne serait-ce qu'au vu de ses capacités somme toute limitées d'adaptation à un nouvel emploi et de la durée extrêmement réduite des rapports de travail prévisibles avant d'atteindre l'âge de 64 ans. A cela s'ajoute qu'à cette époque, l'intéressée n'était plus présente sur le marché du travail depuis quelque 9 ans. Aucun revenu ne pouvant être pris en compte, il s'agit d'admettre un taux d'invalidité de 100%, en ce qui concerne l'exercice d'une activité lucrative, à compter du 1er octobre 2011 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI ; arrêt du TAF C-3490/2017 du 12 avril 2018 consid. 9.9). 8.5.3 L'autorité inférieure retiendra ainsi ce taux, lorsqu'elle évaluera - cas échéant - l'invalidité globale de

la recourante et se prononcera à nouveau sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, selon le taux qu'elle déterminera s'agissant des tâches ménagères.

9.9.1 Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 3 février 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Lorsque l'affaire est renvoyée à l'instance précédente pour nouvelle décision, dont l'issue reste ouverte, la partie recourante est considérée comme ayant obtenu gain de cause, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 146 V 28 consid. 7). Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de 800 francs que l'assurée a versée lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais (cf. art. 63 al. 2 PA).

9.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal fédéral administratif (FITAF; RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la recourante, laquelle a mandaté le F._____ pour la défense de ses intérêts - et ce, jusqu'au mois de janvier 2023. En l'absence d'un décompte de prestations, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (cf. art. 14 FITAF). Ainsi, en l'espèce, il convient d'allouer à la recourante, à la charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens de 800 francs, qui tient compte de l'issue du recours, de l'ampleur et de la difficulté du litige ainsi que du travail effectué par le mandataire.

9.3 Enfin, par économie de procédure, il convient de porter à la connaissance de l'autorité inférieure une copie des courriers du F._____ des 23 janvier et 23 mars 2023, en même temps que survient la présente notification. (dispositif et voies de droit - pages suivantes).

E. 17

janvier 2020, 21 janvier 2020 et par courriels des 15 juin 2020 et 7 septembre 2020. B.m Après que l'OAI-B._____ a recueilli l'avis du Service médical régional (SMR), l'OAIE - par décision du 3 février 2021 - a rejeté la demande de prestations AI, pour les motifs énoncés dans le projet de décision de refus de rente de l'OAI-B._____ du 22 octobre 2019. C. C.a Par acte du 17 février 2021 (timbre postal), reçu le 19 février 2021, l'intéressée, par l'entremise du F._____ (F._____), sis à G._____ (F), a interjeté recours contre la décision précitée par-devant le Tribunal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente (entière) d'invalidité. C.b Par décision incidente du 24 février 2021, le Tribunal a invité la recourante à payer une avance sur les frais de procédure. La recourante s'en est acquittée dans le délai prescrit. C.c Dans sa réponse du 14 avril 2021, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Par courrier du 13 avril 2021 et dans le cadre de sa réplique du 20 avril 2021, l'intéressée a produit une série de pièces médicales. Dans sa duplique du 30 juin 2021, l'OAIE a maintenu ses conclusions. Par ordonnance du 2 juillet 2021, le Tribunal a transmis un double de la duplique de l'OAIE à la recourante et signalé que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées. Par courrier du 23 janvier 2023, le F._____ - qui représentait alors la recourante - a informé le Tribunal de sa fermeture définitive, le priant de s'adresser directement à la recourante. Le 23 mars 2023, le F._____ a transmis au Tribunal une résiliation de mandat de la recourante.

F-728/2021 Page 6 Par ordonnance du 7 juin 2023, le Tribunal a indiqué aux parties que, pour des motifs d'ordre organisationnel, la Cour VI du Tribunal était désormais compétente

pour le traitement de la procédure. D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE. 1.2 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 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 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 ; cf. art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2). 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). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable. 2. Le Tribunal administratif fédéral 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 (ATAF 2014/24 consid. 2.2 ; 2009/57 consid. 1.2 ; arrêt du TF 1C_214/2015 du 6 novembre 2015 consid. 2.2.2). Aussi peut-il admettre ou rejeter le pourvoi pour d'autres motifs que ceux invoqués. Cela étant, 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

F-728/2021 Page 7 des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c). 3.

3.1 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 3.2 Il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 143 V 446 consid. 3.3). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'espèce, la décision litigieuse a été rendue le 3 février 2021, de sorte qu'il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020, dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2022, ne trouve pas à s'appliquer in casu. 3.3 Vu, par ailleurs, les éléments d'extranéité ressortant du dossier, sont applicables l'ALCP (RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : 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 que 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 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3

et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5). 4. Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans. Elle remplit donc la condition de durée

F-728/2021 Page 8 minimale des cotisations. Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi. 4.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2020 5137 ; FF 2018 1597), 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (1ère phrase). En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase, LPGA). 4.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 4.3 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la

F-728/2021 Page 9 méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte ; art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1 et 4.1 ; arrêt du TF 9C_333/2022 du 10 mai 2023 consid. 3). Pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé (cf. ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; arrêt du TF 9C_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2). Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. L'obligation de réduire le dommage en organisant son travail et en recourant à l'aide des proches dans les travaux ménagers, notamment les plus lourds, s'applique également à l'assuré dont l'invalidité est évaluée selon la méthode mixte (ATF

133 V 504, consid. 4.2 ; arrêt du TF 8C_119/2023 du 15 juin 2023 consid. 5.3.3). 4.4 L'art. 27bis RAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, prescrit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). 4.5 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. Au regard de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de

F-728/2021 Page 10 rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle 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. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). Au vu de l'art. 30 LAI, la personne assurée cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'elle peut prétendre à la rente de vieillesse de l'AVS. Selon l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), ont droit à une rente de vieillesse, les personnes qui ont 65 ans révolus (âge de référence). L'al. 2 de cette disposition précise que le droit à la rente prend naissance le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'assuré atteint l'âge de référence Les dispositions transitoires de la modification du 17 décembre 2021 prévoient que l'âge de référence est de 64 ans pour les femmes nées en 1960 ou auparavant. 5.

5.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que

F-728/2021 Page 11 d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées). 5.2 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). 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 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 143 V 418 consid. 6). 5.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonscrite, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du TF 9C_571/2021 du 3 janvier 2022 consid. 2.1). S'agissant des maladies 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

F-728/2021 Page 12 troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 145 V 361 consid. 3.1 et les réf. citées). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence 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-IV (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1).

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) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social ».

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant des troubles (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire

F-728/2021 Page 13 évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 5.4 Le but des expertises interdisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et de regrouper en un résultat global les limitations de la capacité de travail qui en découlent (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les références citées ; ATF 137 V 210 consid. 1.2.4). Il en va de même en ce qui concerne la délimitation parfois difficile entre les états assurés au sens de l'art. 4 al. 1 LAI et les facteurs étrangers à l'invalidité. L'appréciation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt ainsi une grande importance lorsqu'elle est effectuée sur la base d'une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes qui participent à l'expertise. Une telle évaluation récapitulative basée sur une discussion consensuelle entre les différents experts ou sous la direction d'un médecin responsable du cas pour rassembler et exposer les résultats des différentes spécialités est idéale, mais pas obligatoire (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les références citées). 5.5 Au contraire des expertises, les rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI et du service médical interne de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêt du TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les références citées). 5.6 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, 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 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_54/2021 du 25 février 2022 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 (ATF 141 III 433 consid. 2.3). 6. Ces critères ayant été posés, il convient d'examiner la situation au 3 février 2021, lorsque la décision querrellée a été rendue.

F-728/2021 Page 14 A titre liminaire, le Tribunal note que, dans la mesure où l'intéressée est née le 2 juin 1955, un éventuel droit à une rente d'invalidité serait éteint le 30 juin 2019, lorsque la recourante a eu 64 ans révolus (cf. supra, consid. 4.5). Dès lors, il appartient au Tribunal d'examiner si la recourante a droit à une rente d'invalidité jusqu'à cette date (cf. arrêt du TAF C-4454/2014 du 23 novembre 2015 consid. 8).

6.1 Les pièces médicales suivantes ont notamment été versées au dossier, jusqu'au prononcé de la décision litigieuse : - une attestation du Dr H. _____ du 15 mars 2010 de suivi pour un syndrome d'apnées obstructives du sommeil modéré, - une attestation d'hospitalisation du 11 au 19 décembre 2010 en raison d'une embolie pulmonaire de moyenne gravité, établie le 19 décembre 2010 par le Dr I. _____, cardiologue, - le questionnaire à l'employeur daté du 25 mars 2011 précisant une activité de mise en place des marchandises (34-66%), de conseil à la clientèle (34-66%) et de gestion des stocks (6-33%) exercée en station debout et en mouvement avec port de 0-10 kg (33-66%) et de 10-25 kg (6-33%), activités nécessitant une grande concentration, une grande endurance, un grand soin, - une attestation de la Dre J. _____ du 12 avril 2011 de prise en charge régulière au Centre hospitalier de K. _____ pour une pathologie relevant de l'ALD 30 (liste de 30 affections de longue durée selon le système asséculologique français), - un questionnaire à l'assurée quant à ses activités lucratives et domestiques, daté du 14 mai 2011, indiquant un mauvais état de santé, pas de reprise du travail, une habitation en maison individuelle avec son mari, une aide dans les tâches domestiques par son mari et ses parents voisins ainsi que par une femme de ménage (1 x sem.), une activité essentiellement passée à la maison (soins aux plantes et au jardin, travaux manuels), - trois rapports médicaux du Dr L. _____, médecine générale, médecin traitant, datés du 4 juillet 2011, du 22 juin 2018 et du 14 janvier 2020, posant les diagnostics affectant la capacité de travail de néo (néo-plasme) du sein droit opéré le 18 novembre 2010, de radio et chimiothérapie adjuvante, d'embolie pulmonaire le 11 décembre 2010,

F-728/2021 Page 15 indiquant des handicaps fonctionnels liés à la radiothérapie, lombalgies chroniques invalidantes, pas d'activités de loisirs compte tenu de l'état de santé actuel, notant les plaintes de fatigue extrême, dépression réactionnelle/ syndrome anxio-dépressif réactionnel, dyspnée au moindre effort, douleurs thoraciques (embolie pulmonaire), notant une hormonothérapie à prévoir sur 5 ans, - un rapport médical du Dr M. _____, spécialisation non indiquée, du SMR, daté du 19 décembre 2011, retenant les diagnostics de carcinome mammaire intraductal du sein droit (10/2010), status post opératoire avec lymphonodectomie (11/2010), chimiothérapie (1-5/2011), radiothérapie (dès 5/2011), aromatasé-hormonothérapie planifiée sur 5 ans, status post embolie pulmonaire (12/2010), syndrome léger d'apnée du sommeil, fatigue avec dépression réactionnelle, indiquant sur le plan médical une incapacité de travail totale depuis le diagnostic posé en octobre 2010 jusqu'à environ six mois après la fin de la radiothérapie laquelle, non documentée, est généralement de six semaines, notant des suites usuelles de fatigue et d'épuisement rapportées tant par l'assurée que son médecin traitant, indiquant théoriquement une capacité de travail recouvrée au 1er janvier 2012 avec éventuellement au début un rendement diminué en raison de la fatigue et des effets secondaires de l'aromatasé-hormonothérapie, requérant un complément d'information sur la radiothérapie, le début de l'aromatasé-hormonothérapie et ses effets secondaires, l'appréciation de la capacité de travail au 1er janvier 2012 par le médecin traitant de l'assurée, l'incidence de la dépression et son traitement, - un rapport médical de la Dre N. _____, médecine générale, daté du 12 juillet 2012 faisant état d'un lymphœdème du

membre supérieur droit pour lequel l'intéressée porte un manchon de contention et bénéficie de séances de drainage lymphatique depuis le 21 mai 2012, indiquant outre les antécédents une dépression et un suivi régulier par un médecin psychiatre, - un rapport médical du Dr L. _____ du 23 août 2012 rappelant les diagnostics connus affectant la capacité de travail, notant nouvellement les diagnostics indiqués n'affectant pas la capacité de travail de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, migraines invalidantes, allergie aux acariens, indiquant une aide-ménagère à domicile, un handicap fonctionnel total, la nécessité d'un examen médical complémentaire, un suivi médicamenteux (Arimidex®, Relpax®, Kardegic® 75, Klipal® codéine), relevant des douleurs, un lymphoedème important invalidant

F-728/2021 Page 16 le membre supérieur droit, une dyspnée, une migraine, un syndrome anxio-dépressif réactionnel, un suivi en oncologie et pneumologie, - un rapport après examen du 22 octobre 2012 confirmant un syndrome d'apnées/d'hypopnées du sommeil sous orthèse d'avancement mandibulaire, - cinq rapports et certificats médicaux du Dr O. _____, pneumologie, allergologie, datés des 13 mai 2011, 6 décembre 2012, 3 juin 2014, 5 juillet 2018 et 23 avril 2020, indiquant un bilan respiratoire mettant en évidence un trouble ventilatoire restrictif net d'environ 35%, une dyspnée d'effort résiduelle de grade 2, un important lymphoedème de tout le membre supérieur droit (impotence fonctionnelle), une séquelle pleurale basale gauche documentée par cliché thoracique, un trouble ventilatoire restrictif net documenté par les épreuves fonctionnelles respiratoires ainsi qu'un bon résultat du traitement de suivi de l'apnée du sommeil, - un rapport du Dr M. _____ du SMR, daté du 29 janvier 2013, reprenant les diagnostics de son précédent rapport du 19 décembre 2011, indiquant un status non clair du carcinome mammaire, une fonction pulmonaire paraissant limitée, des limitations fonctionnelles non établies, indiquant la nécessité d'une expertise polydisciplinaire (gynécologie, médecine interne / pneumologie, psychiatrie) selon le protocole complet, - un bilan sénologique du Dr P. _____, daté du 5 février 2013, concluant à l'apparition d'un kyste de cytotéatonecrose dans le quadrant supéro-externe du sein droit en région opératoire, non signalé sur l'échographie un an auparavant, préconisant par sécurité une IRM mammaire, - une correspondance du Dr Q. _____, oncologie, au Dr L. _____, datée du 29 octobre 2013, notant un état général paraissant stable, l'énoncé de plaintes fonctionnelles dominées par des douleurs articulaires en particulier au niveau des chevilles avec prise d'antalgiques, des chutes signalées à répétition rattachées selon l'intéressée à la prise de l'Armidex®, sur le plan objectif aucune formation tumorale accessible, pas d'adénopathie loco-régionale, un lymphoedème du membre supérieur droit pris en charge par des drainages lymphatiques et une contention, proposant une investigation spécialisée relativement aux chutes à répétition, indiquant une consultation de suivi à un an,

F-728/2021 Page 17 - une attestation de suivi pour cancer du sein du Dr R. _____, gynécologie, maladie du sein, datée du 14 avril 2014 ; un rapport du même praticien, daté du 24 mai 2018, faisant état d'un cancer du sein droit, d'une embolie pulmonaire et d'un lymphoedème invalidant le membre supérieur droit ; un certificat médical du même praticien, daté du 31 août 2020, faisant état d'une opération du sein droit en 2010, traité en complément par radiothérapie et chimiothérapie, ainsi que d'un lymphoedème du membre supérieur droit, - une attestation de suivi régulier du Dr L. _____, médecin traitant, datée du 13 mai 2014, - cinq rapports et certificats de la Dre S. _____, spécialiste en psychiatrie, datés des 13 juin 2014, 29 janvier 2015, 13 juin 2018, 3 juillet 2019 et 17 janvier 2020,

faisant état d'un suivi régulier et d'un traitement psychotrope au long cours pour une prise en charge d'un syndrome anxio-dépressif sévère, notant à l'examen clinique une humeur à tendance dépressive avec des vellétés suicidaires, une insomnie quasi totale, une clinophilie, un état d'anxiété aiguë avec des plaintes somatiques, la nécessité d'un suivi régulier et d'un traitement psychotrope, un état ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle. 6.2 A l'appui de son recours du 17 février 2021 et durant l'échange d'écritures qui s'en est suivi, l'intéressée a également produit (outre des certificats et rapports médicaux déjà versés en cause durant la procédure) : - un certificat de la Dre S. _____, spécialiste en psychiatrie, daté du 12 février 2021, faisant état d'un suivi régulier depuis le mois d'avril 2014 pour la prise en charge d'un syndrome anxio-dépressif sévère, relevant une humeur à tendance dépressive avec des idées noires, des ruminations anxieuses sur le passé, une anhédonie et un ralentissement psycho-moteur, nécessitant un traitement psychotrope ; une aggravation de son état clinique depuis octobre 2020, nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, a été relevée, - un rapport d'hospitalisation de la Dre T. _____ (clinique U. _____) du 25 mars 2021, faisant état d'une recrudescence anxio-dépressive, avec une amélioration progressive de la symptomatologie dépressive en cours de séjour, et concluant à un épisode dépressif en rémission partielle, F-728/2021 Page 18 - un bulletin de situation de la clinique U. _____ du 26 mars 2021, faisant état d'une entrée de l'intéressée le 4 mars 2021 et d'une sortie le 26 mars 2021, - un rapport du Dr O. _____, pneumologie, allergologie, daté du 9 avril 2021, mettant en évidence un trouble ventilatoire restrictif avec nette réduction de la diffusion ainsi qu'une apnée du sommeil appareillée avec bon résultat. 7. En l'occurrence, il s'agit d'examiner si l'on peut accorder une pleine valeur probante au rapport d'expertise multidisciplinaire du C. _____ de E. _____, daté du 20 mars 2019, sur la base duquel l'autorité inférieure a rendu la décision litigieuse. 7.1 Cette expertise se base sur les pièces médicales au dossier à cette date, et comprend des volets de médecine générale (Dr. V. _____), de gynécologie (Dr. W. _____), de pneumologie (Dr. X. _____), de neurologie (Dr. Y. _____) et de psychiatrie (Dr. Z. _____). Il ressort de l'analyse consensuelle que l'intéressée a subi un traitement d'un carcinome mammaire en 2010. Un trouble dépressif récurrent, actuellement un épisode léger, a été diagnostiqué. La symptomatologie dépressive pouvait expliquer une fatigue accrue et une diminution de la capacité de travail. Sur le plan pneumologique, a été diagnostiqué un trouble ventilatoire restrictif modéré en présence d'une obésité et d'un état post-embolie pulmonaire. La capacité physique était limitée, les activités légères à modérées étant toutefois possibles sans restriction. Sur le plan gynécologique, un carcinome mammaire droit a été diagnostiqué avec statut après traitement en 2010. Les résultats cliniques étaient sans particularité, à l'exception d'un léger lymphœdème dans le bras droit. Aucun indice de métastases ou de récurrences n'était apparu. De ce point de vue, la capacité de travail de l'assurée n'était pas limitée dans son activité habituelle. L'examen neurologique a permis de diagnostiquer une migraine sans aura et des céphalées chroniques d'origines diverses. D'un point de vue général, il existait un déséquilibre musculaire au niveau des muscles du dos. Dans l'ensemble, ces résultats neurologiques et de médecine interne générale n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Les experts ont conclu à une capacité de travail de 7 à 8 heures journalières dans son activité habituelle (soit 80%) de vendeuse dans un brico-centre, avec pour seule limitation des pauses plus fréquentes. Pendant le traitement du carcinome mammaire, l'intéressée avait une incapacité de

F-728/2021 Page 19 travail de 100%. Le traitement a été terminé en juillet 2011. Au plus tard deux mois après la fin de la chimiothérapie, c'est-à-dire en octobre 2011, la reprise d'une activité professionnelle aurait été possible. Selon les résultats objectifs du dossier et les constatations effectuées, une augmentation rapide jusqu'à 80% aurait été possible : cette capacité de travail de 80% avait été atteinte depuis le début de l'année 2012. Dans une activité adaptée, des sollicitations physiques légères à moyennement lourdes par intermittence, telles que celles exercées par l'intéressée en tant que vendeuse dans un brico-centre jusqu'à présent, étaient possibles. Une capacité de travail de 7 à 8 heures journalières (soit 80%) était également possible dans une activité adaptée, avec pour limitation des pauses légèrement plus fréquentes en raison d'une humeur dépressive. L'évolution dans le temps de cette capacité de travail était identique à celle constatée pour l'activité précédente. Une diminution de rendement de 20% était justifiée par les symptômes dépressifs constatés lors de l'examen psychiatrique. La résistance physique était certes légèrement réduite, mais cela n'avait pas d'incidence sur l'activité habituelle. Il n'y avait pas non plus de cumul des résultats dans les différents domaines somatiques avec la souffrance psychique ou les restrictions de performance. En réponse aux questions complémentaires posées par l'OAI-B. _____, les experts ont précisé, en date du 5 août 2019, qu'une capacité de travail de 50% devait être retenue dès le mois d'octobre 2011, puis de 80% dès le mois de janvier 2012, avec, sous l'angle psychiatrique, une diminution de rendement de 20% (symptomatique dépressive). Et ce, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

7.2 Le Tribunal relève tout d'abord que, conformément aux instructions contenues dans son arrêt de cassation du 17 mai 2017, l'OAI-B. _____ a fait procéder à une nouvelle expertise polydisciplinaire. Les investigations médicales nécessaires ont ainsi été effectuées, l'état de santé de l'intéressée – ainsi que son évolution dans le temps – étant établi, depuis le début des premières atteintes. Les incidences de son état de santé sur sa capacité de travail ressortent clairement de cette expertise. En outre, les médecins mandatés possèdent les titres et spécialisations nécessaires pour examiner et apprécier les troubles de l'assurée. Ensuite, le Tribunal souligne qu'il n'a aucune raison de s'écarter des conclusions des experts mandatés. En particulier, il constate que le rapport

F-728/2021 Page 20 d'expertise polydisciplinaire du 20 mars 2019 contient une anamnèse complète et détaillée de la situation sur les plans de médecine générale, de gynécologie, de pneumologie, de neurologie et de psychiatrie. Cette expertise tient dûment compte des plaintes subjectives de l'intéressée et se fonde sur des examens médicaux complets. L'appréciation du cas et les conclusions sont motivées en détail et elles sont concordantes. Le Tribunal s'étonne néanmoins des quelques contradictions qui émaillent le rapport d'expertise, notamment du fait que les limitations fonctionnelles établies par l'expert gynécologue, l'expert psychiatre ou – dans une certaine mesure – l'expert neurologue ne se reflètent pas dans la discussion consensuelle (le lymphoedème du membre supérieur droit est classé dans les diagnostics sans influence sur la capacité de travail, alors même que l'expert gynécologue relève qu'il s'agit d'une limitation [modérée] qui justifierait une activité adaptée, effectuée de préférence en position assise ou n'entraînant qu'une sollicitation physique légère [pp. 7, 8 et 48 du rapport] ; limitation fonctionnelle relevée par l'expert psychiatre [p. 30 du rapport] ; l'expert neurologue note que le lymphoedème a une influence sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse dans un brico-centre [p. 36 du rapport]). En outre, il est pour le moins surprenant que l'assurée – alors âgée de presque 64 ans – soit décrite, dans la discussion consensuelle, comme possédant des ressources pour exercer une activité lucrative (p. 8 du rapport). Le Tribunal

rappelle à cet égard l'importance de la grille d'évaluation normative et structurée voulue par la jurisprudence fédérale (cf. supra, consid. 5.3), que l'expertise psychiatrique ne respecte pas totalement en l'espèce. Ainsi, si le complexe « atteinte à la santé » est traité notamment dans la présentation de l'anamnèse et des diagnostics, l'expert ne s'est pas prononcé de manière optimale sur le succès de la réadaptation (cf. catégorie A. « degré de gravité fonctionnel » > complexe « atteinte à la santé », point iii). Le rapport met en évidence les ressources personnelles de la recourante (entourage familial ; cf. b. complexe « personnalité ») et indique qu'il n'existe aucun problème de cohérence sous l'angle psychiatrique (cf. catégorie B « cohérence ») ; cela étant, l'expert n'indique pas si la limitation du niveau des activités est uniforme dans tous les domaines comparables de la vie (cf. catégorie « cohérence » > point a ; voir arrêt du TAF C-759/2019 du 3 mars 2021 consid. 12.1.8). 7.3 Cela étant, l'expertise du 20 mars 2019 a été soumise à l'appréciation du SMR, qui a recommandé – en date du 12 juin 2019 – d'adresser aux experts une série de questions complémentaires portant sur la capacité de

F-728/2021 Page 21 travail de l'intéressée. Ces questions ont été adressées au C. _____ de E. _____ par l'OAI-B. _____ en date du 8 juillet 2019. Le 5 août 2019, les experts ont fourni leurs réponses aux questions posées, précisant notamment les dates auxquelles la capacité de travail de l'intéressée avait subi des modifications. Le 30 septembre 2019, le SMR a confirmé qu'aucune clarification supplémentaire n'était indiquée. Par conséquent, l'expertise du 20 mars 2019 – complétée par la prise de position des experts du 5 août 2019 – remplit les conditions jurisprudentielles requises (cf. supra, consid. 5.3). En d'autres termes, la capacité de travail (résiduelle) de l'assurée a été établie, avec un degré de vraisemblance prépondérant. 7.4 La recourante n'explique pas pour quelles raisons, d'un point de vue médical, les conclusions des experts ne seraient pas pertinentes. Or, conformément à la jurisprudence, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation des experts, de faire état d'éléments contradictoires ou objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour la remettre en cause (arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Or, les pièces médicales produites par la recourante durant la procédure de recours reprennent très largement les diagnostics déjà posés et corroborent les conclusions de l'expertise du 20 mars 2019. Ainsi, le certificat de la Dre S. _____ du 12 février 2021 corrobore la symptomatologie dépressive diagnostiquée par les experts, tout comme le rapport du Dr O. _____ du 9 avril 2021 confirme le trouble ventilatoire restrictif mis en évidence par l'expert pneumologue. 7.5 Le Tribunal retient ainsi que l'assurée présente une capacité de travail de 50% dès le mois d'octobre 2011, puis de 80% dès le mois de janvier 2012, avec, sous l'angle psychiatrique, une diminution de rendement de 20% (symptomatique dépressive). Et ce, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

F-728/2021 Page 22 8. Il reste à examiner la manière dont l'autorité inférieure a déterminé le taux d'invalidité de l'intéressée. 8.1 Par arrêt du 17 mai 2017 rendu en la cause C-3486/2014, le Tribunal a renvoyé le dossier à l'autorité inférieure pour investigations complémentaires et nouvelle décision sur le droit de l'intéressée à une rente. Il a notamment donné comme instruction à l'autorité inférieure d'effectuer une nouvelle enquête ménagère, complétée d'une appréciation médicale des limitations dans les tâches ménagères

respectivement du bien-fondé du recours à une femme de ménage, afin de déterminer quelle méthode devait être appliquée entre la méthode mixte ou la méthode générale. Or, force est de constater que l'autorité inférieure n'a pas fait procéder à une nouvelle enquête ménagère, s'appuyant - dans la décision litigieuse du 3 février 2021 - sur celle qui avait été effectuée au mois de février 2014. L'autorité inférieure en a repris les conclusions pour fixer à nouveau le taux d'invalidité à 24%, s'agissant de tâches ménagères exercées à 40% par l'intéressée. Enfin, l'autorité inférieure a derechef appliqué la méthode mixte pour fixer un taux d'invalidité moyen inférieur à 40%.

8.2 De jurisprudence constante, les considérants d'un arrêt de renvoi lient les parties et le Tribunal lui-même (ATF 125 III 421 consid. 2a ; arrêts du TF 2C_647/2021 du 1er novembre 2021 consid. 2.2 et 2C_519/2013 du 3 septembre 2013 consid. 2.1). L'arrêt de renvoi fixe aussi bien le cadre du nouvel état de fait que celui de la nouvelle motivation juridique (cf. ATF 135 III 334 consid. 2 et ATF 131 III 91 consid. 5.2). L'autorité inférieure doit ainsi se conformer aux instructions impératives contenues dans l'arrêt de cassation. Etant donné que l'autorité inférieure n'a pas respecté les instructions contenues dans l'arrêt de cassation C-3486/2014, le Tribunal n'est pas en mesure de se prononcer de manière complète sur le taux d'invalidité de la recourante.

8.3 Selon 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. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment 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

F-728/2021 Page 23 éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

8.4 Dans le cas concret, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, en conformité avec les instructions contenues dans l'arrêt C-3486/2014, notamment à son considérant 7.9. Il s'agira pour l'OAIE de procéder à une nouvelle évaluation de l'invalidité, en application de la méthode qu'elle déterminera. Il conviendra en particulier que l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin mandaté, qui se déterminera de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après un entretien avec cette dernière. En effet, l'incapacité à accomplir les travaux habituels, tels les tâches ménagères, est évaluée en comparant les activités que la personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspond alors à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Pratiquement, l'évaluation implique la mise en œuvre d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (art. 69 al. 2 RAI ; arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2). De plus, l'appréciation des limitations intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; ch. 3087 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité, CIIAI). S'agissant de l'appréciation de l'incapacité d'une personne assurée résidant à l'étranger, on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger, l'évaluation de l'invalidité soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié. Encore faut-il que le praticien mandaté se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations

alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêts du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 8.2 et C-4872/2017 du 16 octobre 2019 consid. 6.3.3 et les réf. cit.). 8.5 Il s'agit en outre de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'âge avancé, dans la mesure où l'intéressée est née le (...) 1955 et a atteint ses 64 ans en (...) 2019.

F-728/2021 Page 24 8.5.1 Selon cette jurisprudence, bien qu'il incombe en règle générale à la personne assurée d'intégrer de son propre chef le marché du travail (voir notamment ATF 138 I 205 consid. 3) et que son âge n'est en principe pas un élément déterminant (arrêt du TF I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3), il y a lieu, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'une personne qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse (64 ans pour les femmes en Suisse) de se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, cette personne est en mesure de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail (art. 7 et 16 LPGA). En effet, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (voir notamment arrêts du TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne concernée, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, de la durée prévisible des rapports de travail ainsi que du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire à verser (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1; arrêt du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). La mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail dépend en effet notamment de la durée prévisible des rapports de travail, en particulier lors d'un changement professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2 ; arrêt du TF 9C_437/2008 du

E. 19

mars 2009 consid. 4.2 et les réf. cit.). Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). La jurisprudence reconnaît donc, le cas échéant, que l'âge (avancé) peut conduire, avec d'autres éléments personnels et/ou professionnels (taux d'activité exigible, éventail d'activités exigibles, formation et expérience professionnelle, absence prolongée du marché du travail), à ce que la capacité de travail résiduelle ne soit plus exigible de manière réaliste sur un marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du TAF C-1834/2019 du 10 février 2022 consid. 8.2.1). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour une personne proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment où il a été constaté, au degré de la

F-728/2021 Page 25 vraisemblance prépondérante, que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; arrêt du TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; arrêt du TAF C-1834/2019 du 10 février 2022 consid. 8.2.2 et les réf. cit.). Lorsqu'il appert que la capacité de gain résiduelle n'est plus économiquement exploitable, on est en présence d'une incapacité de gain totale qui donne droit, en principe, à une rente d'invalidité entière, également pour la période antérieure à ce moment déterminant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.4 ; arrêts du TF 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 et 9C_437/2008 du 19 mars

2009 consid. 4.3. et 4.4 [où le TF a précisé qu'il fallait également tenir compte du taux d'invalidité dans les activités ménagères]). En effet, lors de l'évaluation de l'invalidité, aucun revenu d'invalidité ne peut alors être pris en compte. 8.5.2 En l'occurrence, l'intéressée était âgée de (...) à la date de l'expertise du C. _____ de E. _____, rendue au mois de mars 2019. Celle-ci se trouvait alors à quelques mois seulement de la retraite (64 ans révolus au (...) 2019) et il serait irréaliste d'admettre qu'elle eût pu mettre en valeur sa capacité (résiduelle) de travail, ne serait-ce qu'au vu de ses capacités somme toute limitées d'adaptation à un nouvel emploi et de la durée extrêmement réduite des rapports de travail prévisibles avant d'atteindre l'âge de 64 ans. A cela s'ajoute qu'à cette époque, l'intéressée n'était plus présente sur le marché du travail depuis quelque 9 ans. Aucun revenu ne pouvant être pris en compte, il s'agit d'admettre un taux d'invalidité de 100%, en ce qui concerne l'exercice d'une activité lucrative, à compter du 1er octobre 2011 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI ; arrêt du TAF C-3490/2017 du 12 avril 2018 consid. 9.9). 8.5.3 L'autorité inférieure retiendra ainsi ce taux, lorsqu'elle évaluera – cas échéant – l'invalidité globale de la recourante et se prononcera à nouveau sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, selon le taux qu'elle déterminera s'agissant des tâches ménagères. 9.

9.1 Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 3 février 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure

F-728/2021 Page 26 pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Lorsque l'affaire est renvoyée à l'instance précédente pour nouvelle décision, dont l'issue reste ouverte, la partie recourante est considérée comme ayant obtenu gain de cause, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 146 V 28 consid. 7). Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de 800 francs que l'assurée a versée lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais (cf. art. 63 al. 2 PA). 9.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal fédéral administratif (FITAF; RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la recourante, laquelle a mandaté le F. _____ pour la défense de ses intérêts – et ce, jusqu'au mois de janvier 2023. En l'absence d'un décompte de prestations, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (cf. art. 14 FITAF). Ainsi, en l'espèce, il convient d'allouer à la recourante, à la charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens de 800 francs, qui tient compte de l'issue du recours, de l'ampleur et de la difficulté du litige ainsi que du travail effectué par le mandataire. 9.3 Enfin, par économie de procédure, il convient de porter à la connaissance de l'autorité inférieure une copie des courriers du F. _____ des

E. 23

janvier et 23 mars 2023, en même temps que survient la présente notification.

(dispositif et voies de droit - pages suivantes).

F-728/2021 Page 27