



Cour III
C-5043/2021

Arrêt du 29 août 2022

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Bissegger, Regina Derrer, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A. _____, Espagne,
représentée par Me José Nogueira Esmorís, avocat,
Apartamento 2, Cuesta de la Palloza 1-3° Derecha,
ES-15006 A Coruña,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité; rejet de la demande de prestations;
décision du 12 octobre 2021.

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, née le [...] 1961 et mariée le [...] 1981 (OAIE pce 1 p. 1 et 2 ; pce 2 p. 1 ; pce 6). Elle a travaillé en Suisse de 1980 à 2006, puis en Espagne, en dernier lieu, à partir du 14 avril 2011, comme nettoyeuse de locaux commerciaux pour une entreprise de nettoyage (OAIE pce 2 ; pce 7 ; pce 19 p. 12 à 14 [questionnaire pour l'employeur du 25 janvier 2021]).

B.

Le 5 octobre 2020, A._____ dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE). Elle y indique être en incapacité de travail depuis le 7 octobre 2020 (OAIE pce 1).

B.a Selon les pièces médicales produites avec la demande de prestations, l'intéressée, opérée une première fois en 2011, a présenté une récurrence de syndrome du tunnel carpien à droite, ayant nécessité une nouvelle intervention le 8 juillet 2016. Dans son rapport du 5 juin 2017, le service de chirurgie plastique du Complexe hospitalier universitaire de Z. (ci-après : CHU de Z.) note une gêne au niveau de la cicatrice, mais aucun signe de paresthésie, ni aucune perte de force ; il est également fait état, parmi les antécédents, d'un syndrome dépressif – pour lequel de la Fluoxétine est prescrite –, d'une hystérectomie, d'une cholécystectomie, d'une appendicectomie et d'une arthroscopie de l'épaule (OAIE pce 11). Dans un rapport ultérieur, du 19 juillet 2017, la Dre B._____ note que sa patiente continue de se plaindre de douleurs irradiant au niveau de la cicatrice du poignet droit et présente une diminution de la force lorsqu'elle saisit un objet (OAIE pce 12).

Selon son employeur, durant cette période, l'intéressée s'est trouvée en arrêt de travail pour maladie du 28 juin 2016 au 3 juillet 2017 (OAIE pce 19 p. 14).

B.b Du 29 mars au 1^{er} avril 2019, l'intéressée séjourne au service de cardiologie du CHU de Z. pour y subir une coronarographie, une angioplastie avec implant d'un stent, puis un échocardiogramme. Sont diagnostiquées une cardiopathie ischémique, avec un infarctus du myocarde aigu, et une athérosclérose coronarienne (rapport de sortie du 1^{er} avril 2019 [OAIE pce 13]).

Puis, le 16 janvier 2020, l'intéressée est admise dans le service de chirurgie cardiaque du CHU de Z., après s'être rendue aux urgences le 3 janvier 2020 en raison de douleurs thoraciques (OAIE pce 14) et avoir été examinée le 16 janvier 2020 par l'Unité du thorax du service des urgences du Service Y. de santé ; il ressort de cet examen que l'intéressée souffre, outre d'atteintes déjà connues, d'une angine de poitrine (OAIE pce 15). Dans son rapport de sortie du 28 janvier 2020, le service de chirurgie cardiaque du CHU de Z. note les diagnostics de cardiopathie ischémique aiguë qui s'étend au cœur, avec angine instable, et de maladie importante de l'artère coronaire principale gauche (resténose), ayant nécessité en urgence, le 21 janvier 2020, une revascularisation chirurgicale du myocarde et un pontage ; l'évolution post-opératoire est favorable (OAIE pce 16).

Dans un rapport du 24 février 2020, le Dr C. _____ relève en particulier, outre des diagnostics d'ores et déjà connus au niveau cardiaque, une hypothyroïdie subclinique, une insuffisance mitrale légère, un trouble de l'anxiété, une arthrose généralisée et une arthrose nodulaire au niveau des mains, une insuffisance veineuse chronique au niveau du membre inférieur droit et un syndrome du tunnel carpien des deux côtés. Le traitement décrit est constitué de médicaments, d'un régime alimentaire et d'exercices modérés effectués quotidiennement (OAIE pce 17).

Lors d'un contrôle réalisé le 23 septembre 2020, le service de cardiologie du CHU de Z. signale que l'intéressée ne souffre plus d'angine depuis l'intervention chirurgicale de janvier 2020, mais qu'elle présente une dyspnée lors d'efforts modérés ; les diagnostics retenus sont ceux de syndrome coronarien chronique et de maladie coronarienne traitée par chirurgie en mars 2019 et janvier 2020 (rapport du 23 septembre 2020 [OAIE pce 18]).

Selon son employeur, durant cette période, l'intéressée a été en arrêt de travail pour maladie du 29 mars 2019 au 15 septembre 2020, puis dès le 7 octobre 2020 (OAIE pce 19 p. 14).

B.c Enfin, dans son rapport E 213 du 1^{er} décembre 2020 (OAIE pce 3), la Dre D. _____, après avoir examiné l'intéressée le 30 novembre 2020, note les diagnostics de cardiopathie ischémique, avec angine instable et revascularisation du myocarde par chirurgie en janvier 2020, et de trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux. Elle fait état de douleurs thoraciques avec caractéristiques ostéo-musculaires, de dyspnée à l'effort modéré et d'anxiété réactive. Elle estime que l'intéressée peut exercer de

manière régulière des tâches modérées qui n'exigent pas qu'elle soit soumise au froid ou à des températures élevées, qu'elle travaille de nuit, qu'elle fournisse des efforts physiques exigeants ou qui génèrent un niveau de stress élevé.

B.d Invité à se prononcer sur le dossier médical, le Dr E. _____, médecin généraliste du service médical de l'OAIE, retient le diagnostic principal de cardiopathie ischémique et valvulaire chronique (CIM-10 : I25) et les diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome du tunnel carpien bilatéral, modéré à droite, très léger à gauche, et de trouble de l'adaptation. Il reconnaît à l'intéressée une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 20% dès le 25 janvier 2016, de 70% dès le 29 mars 2019 et de 50% dès le 30 novembre 2020 ; dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence, l'incapacité de travail est de 0% dès le 25 janvier 2016, de 70% dès le 29 mars 2019 et de 20% dès le 30 novembre 2020 (prise de position du 22 avril 2021 [OAIE pce 21]).

B.e Le 17 mai 2021, l'invalidité de l'intéressée est évaluée en application de la méthode générale et aboutit à un taux d'invalidité de 70% dès le 29 mars 2019 et de 31% dès le 30 novembre 2020 (OAIE pce 22).

B.f A la demande de l'OAIE (courrier du 7 juin 2021 [OAIE pce 23]), l'intéressée complète et précise le 18 juin 2021 le point relatif aux tâches ménagères du questionnaire pour l'assuré qu'elle avait rempli précédemment, en date du 3 mars 2021 (OAIE pces 19 et 24).

A nouveau consulté, le Dr E. _____, dans sa prise de position du 26 juillet 2021 (OAIE pce 26), ajoute que l'incapacité de travail dans les travaux du ménage se monte à 21% dès le 29 mars 2019.

B.g Par décision du 12 octobre 2021 (OAIE pce 28), l'OAIE, confirmant son projet du 12 août 2021 (OAIE pce 27), rejette la demande de prestations AI de l'intéressée, au motif qu'il n'y a pas d'invalidité au sens des dispositions légales suisses. L'autorité inférieure explique en particulier que la demande de prestations ayant été présentée le 5 octobre 2020, le droit à une rente ne pouvait naître que le 1^{er} avril 2021 ; or, dès le 30 novembre 2020, le degré d'invalidité de la recourante n'ouvrait plus droit à une rente.

C.

Le 10 novembre 2021, l'intéressée, représentée par Me José Nogueira Esmorís, interjette recours devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité (TAF pce 1).

Dans sa réponse du 12 avril 2022 (TAF pce 6), l'OAIE conclut au rejet du recours.

Invitée à répliquer par ordonnance du 18 mai 2022 (TAF pces 7 et 8), la recourante ne donne pas suite.

Droit :**1.**

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

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} 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 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 2 et 3), le recours est recevable.

2.

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3.

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 (MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les

questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGa ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 12 octobre 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGa adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 12 octobre 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

4.3 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après :

règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

5.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 LAVS [RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (voir extrait de compte individuel [TAF pce 7]). Reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail

équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

6.4 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2).

7.

7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office

et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). 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 ; 138 V 218 consid. 6). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

7.2 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 117 V 282 consid. 4a) 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). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

7.3 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie

rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.3.1 Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

7.3.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010

consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

7.3.3 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43).

Les prises de position du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

8.

8.1 En l'espèce, la décision litigieuse se fonde précisément sur les prises de position des 22 avril et 26 juillet 2021 du service médical de l'OAIE, lesquelles sont identiques, si ce n'est, dans la seconde, l'ajout concernant l'incapacité de travail dans les travaux du ménage, qui correspondrait, selon le Dr E. _____, à 21% dès le 29 mars 2019 (OAIE pces 21 et 26). L'appréciation fournie par le médecin du service médical de l'OAIE ne saurait toutefois convaincre.

En effet, le Dr E. _____, qui n'a pas lui-même réalisé d'examen sur la personne de l'intéressée, s'est par conséquent fondé, pour rendre ses conclusions, sur les rapports médicaux figurant au dossier, en particulier sur le rapport de sortie du 28 janvier 2020 établi par le service de chirurgie cardiaque du CHU de Z. et le rapport E 213, qu'il cite dans ses prises de position. Or, il appert qu'aucun des rapports au dossier ne remplit les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En particulier, aucun ne se prononce sur la capacité de travail de la recourante.

8.2 Le dossier est en effet principalement constitué de rapports des différents services du CHU de Z. qui ont traité la recourante ; leur contenu a pour objectif de décrire les atteintes pour lesquelles la patiente est prise en charge, les résultats des examens effectués, les traitements entrepris et les effets immédiats de ces traitements, ou alors l'évolution clinique, observée à plus long terme, de ces traitements. S'ils sont établis par des spécialistes de la discipline concernée, sont relativement détaillés pour certains et fiables s'agissant en particulier des diagnostics posés concernant la pathologie cardiaque et le tunnel carpien, ces rapports ne décrivent pas, ou peu, ou alors peu clairement, les limitations fonctionnelles liées aux atteintes traitées et ne se prononcent en aucun cas quant à la capacité de travail de la patiente.

8.2.1 Ainsi, le rapport du 5 juin 2017 du service de chirurgie plastique du CHU de Z. est un rapport de consultation qui intervient presque une année après la seconde opération du tunnel carpien droit subie par la recourante, la patiente ayant signalé une gêne au niveau de la cicatrice. Ce rapport indique notamment que l'intéressée a été vue en rhumatologie et qu'une pathologie rhumatologique a été exclue. Il termine en relevant qu'aucun signe clinique de paresthésie, ni aucune perte de force n'ont été observés (OAIE pce 11). Or, peu de temps après, dans un rapport du 19 juillet 2017, la Dre B. _____, dont on ne connaît toutefois pas la spécialité, note que sa patiente continue de se plaindre de douleurs irradiant au niveau de la

cicatrice du poignet droit et, au contraire du rapport précédent, qu'elle présente une diminution de la force lorsqu'elle saisit un objet ; il en résulte un traitement analgésique et anti-inflammatoire (OAIE pce 12).

8.2.2 Puis le rapport du 1^{er} avril 2019 du service de cardiologie du CHU de Z. (OAIE pce 13), comme celui du 28 janvier 2020 du service de chirurgie cardiaque du même hôpital (OAIE pce 16), sont des rapports de sortie suite à des séjours de l'intéressée à l'hôpital pour y soigner sa pathologie cardiaque, à savoir : en 2019, un infarctus du myocarde traité par angioplastie avec implant d'un stent, et, en 2020, une angine instable et une maladie de l'artère coronaire principale gauche (resténose), ayant nécessité en urgence une revascularisation chirurgicale du myocarde et un pontage. Ces rapports décrivent avant tout les atteintes, les interventions réalisées, l'évolution post-opératoire durant le temps du séjour à l'hôpital, les médicaments à prendre et quelques recommandations générales sur le style de vie à adopter lorsqu'on est atteint d'une telle pathologie.

Ils sont précédés de deux rapports de services des urgences, où l'intéressée s'est rendue le 3 janvier 2020, puis le 16 janvier 2020 en raisons de douleurs thoraciques, avant d'être admise à l'hôpital pour y subir le pontage (OAIE pces 14 et 15), et sont suivis d'un rapport de contrôle du 23 septembre 2020 du service de cardiologie du CHU de Z., faisant le suivi de l'intervention effectuée en janvier 2020 et constatant que l'intéressée ne souffre plus d'angine, mais d'une dyspnée lors d'efforts modérés (OAIE pce 18).

8.2.3 Quant au rapport du 24 février 2020 du Dr C. _____, dont on ne connaît pas la spécialité, il se limite à décrire l'histoire médicale de l'intéressée ainsi que son traitement actuel, et de poser des diagnostics (OAIE pce 17).

8.2.4 Seul le rapport E 213 diffère en ce qu'il fait état de restrictions fonctionnelles, à savoir que l'intéressée est limitée lorsqu'il s'agit d'effectuer des tâches nécessitant qu'elle soit soumise au froid ou à des températures élevées, qu'elle travaille de nuit, ou qu'elle fournisse des efforts physiques exigeants ou des tâches qui génèrent un niveau de stress élevé (OAIE pce 3 points 8 et 10). Toutefois, la Dre D. _____, dont on ignore par ailleurs la spécialité, n'expose pas les motifs pour lesquels elle retient ces limitations et n'en tire aucune conclusion quant à la capacité de travail de la recourante : si elle coche, au point 9 du rapport E 213, la case indiquant que « l'assurée est capable d'effectuer de façon régulière des tâches moyennes », elle omet de remplir la partie du rapport relative à la

capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée (rapport E 213 points 11.4 ss).

8.3 On ne voit donc pas comment le Dr E. _____, qui, de surcroît, est médecin généraliste et ne dispose donc d'aucune des formations spécialisées dans les disciplines dont pourraient relever les atteintes de la recourante et qui seraient nécessaires à l'étude et à l'appréciation du dossier médical de celle-ci, a pu parvenir, sur la base des rapports précités, aux conclusions qu'il a retenues. D'autant que ses prises de position ne renseignent pas à cet égard. Ainsi, après avoir retranscrit en quelques lignes le contenu du rapport de sortie du 28 janvier 2020 du service de chirurgie cardiaque du CHU de Z. et du rapport E 213, ainsi que les restrictions fonctionnelles décrites dans ce dernier, le Dr E. _____ en a, sans autre explication, déduit les limitations suivantes : un horaire de travail exigible de 6 à 7 heures par jour, une position de travail assise ou alternée, pas de tâches nécessitant de lever les bras au-dessus de la tête, pas de port de charges supérieures à 7 kg, pas de travail dans le froid ou les intempéries, ou impliquant du stress ou de la rapidité (OAIE pce 26 p. 2). Et il a, sur cette base, fixé les taux d'incapacité de travail de la recourante, considérant que cette dernière présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle de 20% dès le 25 janvier 2016, de 70% dès le 29 mars 2019 et de 50% dès le 30 novembre 2020, et, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, de 0% dès le 25 janvier 2016, de 70% dès le 29 mars 2019 et de 20% dès le 30 novembre 2020, avec une invalidité de 21% dès le 29 mars 2019 dans les travaux du ménage (OAIE pce 26 p. 1 et 2).

Son appréciation du cas (OAIE pce 26 p. 3) n'éclaire pas plus quant aux motifs pour lesquels il a retenu les taux d'incapacité de travail précités. Le Dr E. _____ se borne en effet à y décrire les atteintes dont a souffert la recourante et les traitements qu'elle a subis, puis à affirmer que « l'assurée se plaint d'une douleur dans la poitrine d'origine musculaire qui, combinée à un trouble psychique, justifie encore une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et une légère diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée ». On peut notamment se demander sur quoi se fonde le Dr E. _____ pour considérer que le trouble psychique, qui n'a été rapporté que par des chirurgiens, des cardiologues ou des médecins dont on ne connaît pas la spécialité, a une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. A cet égard, s'il est vrai qu'il est fait état, dans tous les rapports figurant au dossier, d'un syndrome dépressif, d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux, ainsi que d'un traitement antidépresseur (Fluoxétine, puis Trazodone), puis

également anxiolytique (Clorzébate), il y a lieu de relever qu'aucun avis de spécialiste ne se trouve aux actes ou a été requis, et que la Dre D. _____ indique dans le rapport E 213 qu'il n'y a pas de suivi psychiatrique (OAIE pce 3 point 3.1).

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé tant somatique que psychologique de la recourante, les limitations fonctionnelles qu'elle subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause. Le service médical de l'OAIE ne pouvait se baser sur les pièces médicales au dossier pour se prononcer en l'espèce, ni l'autorité inférieure sur les appréciations de son service médical pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, l'OAIE s'est en effet contenté de solliciter l'appréciation documentaire de son médecin conseil, qui s'est prononcé sans disposer de la documentation adéquate. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA.

9.2 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). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, 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, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI.

9.3 L'instruction à venir concernera l'état de santé de l'intéressée dans son ensemble, soit également la problématique psychiatrique. Une expertise médicale pluridisciplinaire sera ainsi mise en œuvre dans les disciplines de la cardiologie, de l'orthopédie, de la rhumatologie et de la psychiatrie, ainsi

que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVIE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) –, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72^{bis} RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.).

10.

Cela fait, l'OAIE devra ensuite procéder, le cas échéant, à l'évaluation de l'invalidité de la recourante.

10.1 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 de la bénéficiaire potentielle de la rente. Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne concernée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de la personne concernée (arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2 ; arrêt du TAF C-2400/2019 du 4 février 2022 consid. 11.2). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, bien que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_339/2014 du 31 juillet

2014 consid. 2.3). Il convient également de tenir compte de la volonté hypothétique de la personne concernée, volonté qui, comme fait interne, ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs, établis là aussi au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêts du TF 9C_883/2017 du 28 février 2018 consid. 4.1.2 et les réf. cit. ; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3).

10.2 S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité est calculé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est alors comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide ; art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

10.3 Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de la personne assurée qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteinte dans sa santé et de laquelle on ne peut raisonnablement exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels, tels les tâches ménagères. Il s'agit de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. On compare 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, en règle générale, 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 ; 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 ; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). 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 (arrêt du TF I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2 ; arrêts du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 8.2 ; C-4872/2017 du 16 octobre 2019 consid. 6.3.3 et les réf. cit.).

10.4 L'art. 28a al. 3 LAI décrit la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité qui s'applique notamment lorsque la personne assurée exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels. Le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité selon les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI cités ci-dessus, et l'invalidité globale est déterminée selon les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, pondérées en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (ATF 141 V 15 consid. 4.5 ; 137 V 334 consid. 3.1). Depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016, l'application de la méthode mixte est restreinte lorsqu'une rente est supprimée ou réduite dans le cadre d'une révision suite à un changement de statut du ou de la bénéficiaire potentielle de la rente (ATF 144 I 28 consid. 4.2 s et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3), mais toujours déterminante dans les autres situations (arrêts du TF 8C_633/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3 ; 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.2). Le Conseil fédéral a, du reste, élaboré un nouveau mode de calcul et modifié le règlement sur l'assurance-invalidité en conséquence, avec effet au 1^{er} janvier 2018 (art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ; arrêt du TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.3 ; 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

10.5 S'agissant de l'évaluation de l'invalidité des personnes qui ont décidé de leur propre gré de réduire leur horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre leur formation (ou leur perfectionnement professionnel), ou si le marché du travail ne leur permettait pas d'avoir une activité à plein temps, la jurisprudence a précisé qu'il faut appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus et que la méthode mixte n'a pas à intervenir (ATF 142 V 290 consid. 7 ; 135 V 58 consid. 3.4.1 ; 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2 ; arrêts du TF 9C_615/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.4 pour l'étude des langues ; 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1 pour les activités sportives).

10.6 Or, dans le cas présent, on constate une certaine confusion quant à la méthode retenue par l'OAIE pour évaluer l'invalidité de la recourante. Ainsi, alors qu'elle dispose du questionnaire pour l'employeur du 25 janvier 2021, dont il résulte que l'intéressée travaillait à temps partiel (53.8% ;

OAIE pce 19 p. 13), et du questionnaire pour l'assuré du 3 mars 2021, dans lequel la recourante indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité professionnelle à 100% (OAIE pce 19 p. 5), l'autorité inférieure retient, dans son exposé d'une demande de prestations du 31 mars 2021 (OAIE pce 20), que l'activité plein temps vaut pour toute l'entreprise qui employait alors l'intéressée et que la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable est par conséquent la méthode générale. Le Dr E. _____ s'est donc uniquement prononcé, dans sa première prise de position du 22 avril 2021 (OAIE pce 21), sur l'incapacité de travail dans l'activité professionnelle, et, le 17 mai 2021, l'invalidité de la recourante a été évaluée en application de la méthode générale, aboutissant à un taux d'invalidité de 70% dès le 29 mars 2019 et de 31% dès le 30 novembre 2020 (OAIE pce 22).

Puis, par courrier du 7 juin 2021 (OAIE pce 23), l'OAIE, relevant qu'il est dans l'impossibilité de procéder à l'examen de la demande de prestations car la recourante n'a pas répondu entièrement aux questions qui lui ont été posées, requiert de l'intéressée qu'elle complète et précise le point relatif aux tâches ménagères du questionnaire pour l'assuré qu'elle avait rempli auparavant. La recourante s'exécute en date du 18 juin 2021, précisant néanmoins toujours que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité professionnelle à 100% (OAIE pce 24). Le 20 juillet 2021, l'OAIE, sans autre explication, s'adresse alors à nouveau au Dr E. _____, l'informant qu'il est nécessaire d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (OAIE pce 25). Dans sa seconde prise de position, du 26 juillet 2021, le Dr E. _____ s'est donc également prononcé sur l'incapacité de travail dans les travaux du ménage, qu'il a estimée à 21% dès le 29 mars 2019 (OAIE pce 26).

Dès lors, dans son projet de décision du 12 août 2021 (OAIE pce 27), l'OAIE a signifié à la recourante qu'elle comptait rejeter sa demande de prestations, au motif que l'invalidité, en application de la méthode mixte, se montait à 26% dès le 30 novembre 2020. Or, deux mois plus tard, dans sa décision du 12 octobre 2021 (OAIE pce 28), alors que le projet de décision n'a pas été contesté, l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations AI de l'intéressée, se fondant sur l'art. 16 LPGA et indiquant que dès le 30 novembre 2020, l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles est de 20% avec une diminution de la capacité de gain de 31%. Dans sa réponse du 12 avril 2022 (TAF pce 6), l'OAIE a conclu au rejet du recours, citant à nouveau l'art. 16 LPGA et la méthode générale de la comparaison des revenus, tout en précisant que l'incapacité de travail est de 21% dans le ménage.

10.7 Au vu de ce qui précède, et dans la mesure où les éléments au dossier ne permettent pas au Tribunal d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable au cas particulier, il s'agira pour l'OAIE de clarifier également le statut de la bénéficiaire potentielle de la rente et de procéder, le cas échéant, à une nouvelle évaluation de l'invalidité en application de la méthode ainsi déterminée. Si la méthode mixte devait être retenue, il conviendra 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 entretien avec cette dernière (voir *supra* consid. 10.3 et 10.4).

10.8 Enfin, toujours dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité de la recourante, l'OAIE tiendra compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'âge avancé.

10.8.1 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 [art. 21 al. 1 let. b LAVS (RS 831.10)]), 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 ; 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, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (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.).

Ainsi, la jurisprudence reconnaît, 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 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 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3. et 4.4 où l'on devait également tenir compte du taux d'invalidité dans le ménage ; I 831/05 du 21 août 2006 consid. 4.1.1). En effet, lors de l'évaluation de l'invalidité, aucun revenu d'invalidité ne peut alors être pris en compte.

10.8.2 En l'espèce, le Tribunal a constaté que l'état de santé ainsi que la capacité de travail résiduelle de l'intéressée n'ont pas encore été établis au degré de la vraisemblance prépondérante et que l'OAIE doit compléter l'instruction du dossier. Ainsi, la question de la mise en valeur de son éventuelle capacité (résiduelle) de travail par la recourante ne pourra être examinée que dans le futur, au moment où il aura été constaté au degré de preuve requis, par un complément d'instruction de l'autorité inférieure, que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est médicalement exigible. Dans la mesure où la recourante a déjà 61 ans à la date du présent arrêt et en aura 62 en décembre 2022, il appartiendra donc à l'autorité inférieure,

si une éventuelle capacité de travail résiduelle est médicalement établie, d'appliquer alors la jurisprudence précitée et de déterminer si cette capacité est encore économiquement exploitable par l'intéressée.

11.

Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 12 octobre 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

12.

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de CHF 810.- versée par la recourante (TAF pce 3) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire. En l'absence d'un décompte de prestations de la part de ce dernier, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de CHF 2'800.-, tenant compte du travail effectué par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours de six pages.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 12 octobre 2021 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 810.- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral, dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité de dépens de CHF 2'800.- est allouée à la partie recourante à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)