



Cour III
C-5667/2016

Arrêt du 29 août 2018

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Vito Valenti, juges,
Brian Mayenfisch, greffier.

Parties

A. _____, (France),
représentée par Maître Caroline Könemann, Avocate,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité; refus de rente;
décision du 28 juillet 2016.

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante belge domiciliée en France, née le (...) 1968 et mère d'une enfant née en 2009. Elle a travaillé à compter de l'année 2007 comme employée frontalière de banque auprès de la Banque B._____ SA, dans le canton de C._____, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (AI docs 2, 11). L'intéressée s'est blessée à l'épaule droite suite à un accident domestique survenu le 8 mai 2010, de sorte qu'elle a été mise en arrêt de travail total dès le 8 février 2011 (AI docs 6, 14 p. 1 – 4, 36 p. 25 ss, 40 p. 58). Son contrat de travail a été résilié avec effet au 31 août 2012 (AI doc 51).

B.

Le 12 décembre 2011, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office-invalidité du canton de C._____ (ci-après : l'Office cantonal), qui l'a reçue le 16 décembre 2011 (AI doc 2).

B.a Les documents médicaux suivants ont été ajoutés au dossier :

- un certificat médical non daté, établi par le Dr D._____, médecin traitant de l'intéressée, dans lequel il indique avoir été consulté par celle-ci le 17 mai 2010 à la suite d'un accident ayant touché l'épaule droite, et avoir prescrit de l'ostéopathie (AI doc 36 p. 62 ; voir en ce sens AI doc 36 p. 63),
- un rapport d'arthro-scanner du 23 novembre 2010 du Dr E._____, radiologue, qui y constate une rupture des supra et infra-épineux apparaissant rétractés, une amyotrophie relativement sévère de l'infra-épineux ainsi qu'un bec acromial antérieur (AI doc 34 p. 3 s.),
- un certificat médical du 5 janvier 2011, dans lequel le Dr D._____ pose comme diagnostic une « PSH droite » et retient une incapacité de travail totale dès le 17 mai 2010 et jusqu'au 21 mai 2010 ; il précise qu'une intervention est prévue pour le 9 février 2011 (AI doc 36 p. 64),
- une déclaration d'accident du 19 janvier 2011, adressée par l'intéressée à l'assureur-accidents de son employeur, la Nationale Suisse Assurance (AI doc 36 p. 59),
- un compte rendu opératoire établi le 11 février 2011 par le Dr F._____, chirurgien orthopédiste, portant sur une intervention effectuée le 9 février 2011 ; le médecin pose comme diagnostic une

rupture massive de coiffe des rotateurs de l'épaule ainsi qu'un conflit sous-acromial et une tendinopathie du biceps et fait état du traitement suivant : « *transfert du grand dorsal + réinsertion tendineuse + arthroplastie modelante sans interposition de prothèse par acromioplastie avec résection arthroplastique + ténodèse du biceps + neurolyse du nerf suprascapulaire* » (AI doc 33 p. 7 s.),

- un rapport médical du Dr F._____ du 22 mars 2011, reprenant le diagnostic de rupture massive de coiffe des rotateurs (AI doc 36 p. 48),
- un rapport d'intervention du 24 mars 2011 établi par le Dr F._____, qui concerne encore l'intervention du 9 février 2011 (« *réinsertion tendineuse sub totale + arthroplastie modelante sans interposition de prothèse par acromioplastie avec résection arthroplastique + ténodèse du biceps + neurolyse du nerf suprascapulaire* ») et prévoyant une sortie de Clinique (AI doc 14 p. 5),
- un rapport médical du Dr F._____ établi le 9 août 2011, retenant une incapacité de travail jusqu'au 4 septembre 2011 (à charge pour le médecin traitant de l'intéressée de se déterminer quant à une éventuelle reprise après cette date), et précisant que dans une activité de bureau, l'intéressée n'est pas en mesure de porter « des choses lourdes » (AI doc 36 p. 38 s.),
- un électromyogramme du Dr G._____, neurologue, du 26 août 2011 (AI doc 14 p. 6 s.),
- deux avis d'arrêt de travail établis le 5 septembre 2011 et le 1^{er} décembre 2011 par le Dr D._____ (AI doc 4),
- une expertise médicale adressée à l'assureur-accidents, établie le 24 octobre 2011 par la Dresse H._____, chirurgienne orthopédiste, et basée sur un examen effectué le 22 septembre 2011 (AI doc 36 p. 25 ss) ; la médecin retient, comme diagnostics, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite impliquant le sus-épineux et le sous-épineux, une neuropathie du nerf axillaire post-opératoire avec axonotmèse partielle impliquant le chef antérieur et moyen du deltoïde, ainsi qu'une probable rerupture du sus-épineux et du sous-épineux et de la ténodèse du long chef des biceps post opératoire ; la médecin retient que la reprise d'une activité professionnelle est pour le moment compromise, sa patiente n'étant pas en mesure de se déplacer en véhicule et présentant par ailleurs une mobilité de l'avant-bras et du

coude très limitée en actif ; bien que précisant que le cas n'est en l'état pas stabilisé, la Dresse H._____ estime qu'en l'absence de récupération nerveuse sans fonction de la coiffe, l'atteinte à l'intégrité se situera entre 25 et 30%,

- un rapport médical du 10 janvier 2012, dans lequel le Dr D._____ confirme le diagnostic de rupture massive de coiffe des rotateurs de l'épaule droite existant depuis le 8 mai 2010 ; le Dr D._____ note que l'intéressée n'est pas en mesure de lever son bras droit, et retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 8 février 2011 (AI doc 14 p. 1 – 4),
- un électromyogramme du Dr G._____ du 17 janvier 2012 (AI doc 25 p. 4 s.),
- un rapport du Dr D._____ établi le 18 janvier 2012, indiquant que le levage du bras droit est impossible, et relevant que l'électromyogramme du 17 janvier 2012 (voir *supra*) fait état d'une légère amélioration (AI doc 36 p. 24),
- un rapport du Dr F._____ du 17 février 2012, constatant une paralysie du circonflexe qui complique la rupture massive de coiffe des rotateurs (AI doc 36 p. 20),
- un rapport du Dr F._____ du 18 février 2012, confirmant l'incapacité de travail jusqu'au mois d'août 2012 (date à laquelle l'état de santé de l'intéressée devra être évalué à nouveau [AI doc 18 p. 1 ss]), auquel sont joints ses courriers adressés au médecin traitant de l'intéressée, datés du 28 juin 2011 et du 17 janvier 2012, respectivement non daté (AI doc 18 p. 6 ss),
- un rapport du Dr D._____ du 6 mars 2012, qui relève notamment une amplitude des mouvements du bras droit très réduite ainsi qu'une sensation de déchirure, et contre-indique en l'état une reprise de travail (AI doc 36 p. 19),
- un rapport médical intermédiaire du 16 mars 2012 rempli à l'attention de l'Office cantonal, dans lequel le Dr D._____ retient que l'état de santé est resté stationnaire, en s'étant toutefois légèrement amélioré depuis le mois de janvier 2012 ; l'intéressée compte de fortes limitations des mouvements (bras en avant, en arrière et latéralement) ; l'incapacité reste totale dans l'activité habituelle, et ne

peut être appréciée en l'état s'agissant d'une activité adaptée (AI doc 25 p. 1 s.),

- un second rapport intermédiaire du 25 juin 2012, dans lequel le Dr D. _____ reprend ses conclusions figurant dans son rapport du 16 mars 2012, en précisant encore qu'une activité adaptée n'est pas envisageable actuellement, du fait que sa patiente est droitrière (AI doc 27),
- un électromyogramme du Dr G. _____ du 27 juillet 2012 (AI doc 34 p. 11 s.),
- un rapport médical intermédiaire établi le 7 août 2012 par le Dr F. _____ ; le médecin indique que l'intéressée souffre d'une paralysie isolée mais quasi complète de son deltoïde qui limite la capacité de travail, et ne retient aucune amélioration ; il conclut à une incapacité de travail totale dans toutes activités (AI doc 33 p. 1 – 2),
- un rapport d'IRM du 8 août 2012 du plexus brachial-droit établi par la Dresse I. _____, radiologue, effectué en vue de trouver d'éventuels signes d'atteinte cervicale en raison d'une paralysie post opératoire du deltoïde droit à 18 mois stable, et relevant qu'aucune anomalie significative n'a été retrouvée (AI doc 34 p. 13),
- un rapport d'arthro-scanner de l'épaule droite du 20 août 2012 fait par la même médecin (AI doc 34 p. 14),
- un compte-rendu de consultation du 13 septembre 2012 établi par le Dr F. _____ (AI doc 33 p. 4),
- un rapport médical intermédiaire du 24 septembre 2012 rempli par le Dr D. _____, dans lequel celui-ci indique notamment qu'une éventuelle reprise de travail sera déterminée après une expertise prévue le 19 octobre 2012 (AI doc 34 p. 1 s.),
- le compte-rendu du 29 octobre 2012 d'un IRM du creux auxiliaire droit ainsi que de l'épaule droite du 25 octobre 2012, dans lequel le Dr J. _____, chirurgien de la main, constate une récurrence d'une rupture des tendons supra-épineux et infra-épineux (AI doc 40 p. 4),
- une seconde expertise médicale établie le 19 janvier 2013 par la Dresse H. _____, sur la base d'un examen s'étant tenu le 19 octobre 2012 (AI doc 43), dans laquelle elle retient comme diagnostics actuels

une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et un status après réparation de la coiffe des rotateurs avec re-rupture itérative et axonotmésis du nerf axillaire post opératoire ; la médecin précise qu'actuellement, l'incapacité résulte moins des conséquences de l'accident du 8 mai 2010 que des complications résultant de la chirurgie, soit une pathologie neurologique post-opératoire et une re-rupture de la coiffe touchant le sus et le sous-épineux ; elle relève qu'une intervention chirurgicale est prévue pour le début de l'année 2013, et que celle-ci portera sur une greffe du nerf axillaire et une reprise de la coiffe (l'intervention se déroulera le 25 janvier 2013 ; voir en ce sens les courriers du Dr J._____, médecin adjoint de l'unité de chirurgie de la main des hôpitaux L._____, du 1^{er} novembre 2012 et du 11 janvier 2013, et du Dr K._____, Chef de clinique aux L._____, du 18 janvier 2013 [AI doc 43 p. 10 – 12]) ; la Dresse H._____ estime que suite à cette intervention, une récupération/amélioration sera possible (celle-ci devant être évaluée d'ici 12 à 24 mois) ; s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, la médecin relève que celle-ci est de 70% ; dans la mesure où l'intéressée est droitrière, les activités concernant la prise de téléphone, l'utilisation d'un ordinateur, le port d'archives et le travail de bureau restent impossibles ; dans ce contexte, elle relève, comme limitations fonctionnelles, une limitation de l'élévation active, de la rotation externe et de toute force au niveau du port de charge ; dans une activité adaptée ne demandant pas d'utiliser le membre supérieur droit, la capacité de travail est totale.

B.b Sur la base de ces documents médicaux, et en particulier de l'expertise du 19 janvier 2013, la Dresse M._____, médecin au Service médical régional AI (ci-après : SMR), a retenu, dans son avis du 13 février 2013, une paralysie du nerf axillaire droit post réparation d'une rupture massive de la coiffe des rotateurs traumatiques avec re-rupture par la suite. Elle a conclu à une capacité de travail de 25 à 30% dans l'activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée (dès le 19 janvier 2013). Elle a indiqué qu'une telle activité adaptée devait ne pas nécessiter l'élévation active ou des mouvements de rotation de l'épaule droite, de port de charge ou de sollicitation du membre supérieur droit, ainsi que de monter ou descendre des escaliers et escabeaux (AI doc 44).

B.c Il ressort du dossier que la seconde intervention pratiquée sur l'intéressée à son épaule droite a en fin de compte pris place le 22 février 2013 (AI doc 50).

B.d Sur la base de l'avis médical SMR du 13 février 2013 (voir *supra*, let. B.b), l'Office cantonal a effectué le 5 mars 2013 une comparaison des revenus, en procédant notamment à un abattement de 15% sur le revenu d'invalide, mettant en évidence un taux d'invalidité de 49.50% (AI doc 46).

B.e Par la suite, ont encore été versés au dossier :

- un certificat médical du 5 août 2013 (AI doc 49), établi par le Dr N._____, médecin interne au département de chirurgie des L._____, déclarant l'intéressée en incapacité de travail dès le 3 août 2013 (à réévaluer en mars 2014),
- et un second certificat médical rempli le 16 juin 2014 par le Dr K._____, Chef de clinique aux L._____, mettant l'intéressée en arrêt de travail du 1^{er} juin 2014 au 30 juin 2014 (AI doc 59 p. 2).

B.f L'Office cantonal, dans son rapport de réadaptation professionnelle (fin d'examen) du 16 octobre 2014 (AI doc 73), a indiqué que l'intéressée avait été orientée vers l'entreprise d'entraînement O._____, en vue d'un stage qu'elle débiterait le 3 novembre 2014 pour une durée de trois mois (ayant déjà été en mesure suivre un cours de bureautique pour se préparer). La prise en charge du stage de l'assurée au sens de l'art. 15 LAI par l'Office cantonal a été confirmée par communication du 17 octobre 2014 (AI doc 74).

Dit stage a débuté à la date prévue à un taux de 50% (AI doc 83).

B.g Par courrier électronique du 5 novembre 2014, l'intéressée a informé l'Office cantonal qu'elle allait prochainement subir une intervention chirurgicale en raison d'une cardiopathie (AI doc 84). Dite intervention a pris place le 25 novembre 2014 (AI doc 89). La mesure d'orientation convenue a ainsi été interrompue par communication du 13 janvier 2015, dans la mesure où une période de convalescence d'environ trois mois ferait suite à l'opération (AI docs 85, 101).

Dans ce contexte, les documents suivants ont été amenés au dossier :

- un certificat médical du 10 novembre 2014, par lequel le Dr P._____, cardiologue, confirme que l'état de santé de l'intéressée nécessite une prise en charge en chirurgie cardiaque (AI doc 87 p. 2),

- un avis d'arrêt de travail débutant le 12 novembre 2014, établi ce même jour par le Dr Q._____, chirurgien, et courant jusqu'au 25 janvier 2015 (AI doc 107 p. 2),
- un rapport médical difficilement lisible du 17 novembre 2014, dans lequel le Dr P._____ constate un rétrécissement aortique sévère, relève que l'intéressée est en l'état incapable de travailler en raison de l'atteinte cardiaque et que la poursuite des mesures de réadaptation devra être évaluée à la suite de l'intervention chirurgicale (valvuloplastie [AI doc 92 ; voir encore AI doc 214]),
- et un avis d'arrêt de travail débutant le 31 janvier 2015, établi le 30 janvier 2015 par le Dr D._____ et courant jusqu'au 4 avril 2015 (AI doc 106).

B.h L'intéressée, dans son courrier électronique du 16 mars 2015 (AI doc 109), a informé l'Office cantonal vouloir reprendre son stage dès le 1^{er} avril 2015 (son médecin cardiologue ayant estimé qu'un arrêt de travail ne se justifiait plus), suite à quoi l'Office cantonal a communiqué à l'intéressée la reprise de l'orientation professionnelle dès cette date, par communication du 19 mars 2015 (AI docs 110, 116).

L'intéressée a toutefois été mise en arrêt de travail par le Dr D._____ du 8 avril 2015 au 10 avril 2015 (AI doc 123).

B.i Arrivée au terme de son stage, l'assurée s'est vue proposer une mesure de reclassement professionnel dans le domaine du marketing commercial du 1^{er} juillet au 31 décembre 2015 (voir la communication du 4 juin 2015 [AI doc 127]). La mesure a par la suite été prolongée au 29 février 2016 (AI doc 166), et enfin jusqu'au 30 mars 2016 (AI doc 186).

B.j L'intéressée a encore versé au dossier deux certificats médicaux établis le 10 février 2016 et le 18 février 2016 par le Dr D._____, la mettant en arrêt de travail du 10 février 2016 au 19 février 2016 (AI doc 196).

B.k La mesure de reclassement professionnel a pris fin le 30 mars 2016 (AI doc 201). L'Office cantonal a en ce sens constaté que l'intéressée avait été reclassée avec succès dans le marketing commercial, et a dès lors effectué une comparaison des revenus en tenant compte d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, mettant en évidence un taux d'invalidité de 29% (28.80%). Le revenu d'invalidité était déterminé sur la base des salaires théoriques statistiques disponibles de l'Enquête suisse

sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; <http://www.bfs.admin.ch>), à savoir en retenant une activité de niveau 2 dans le domaine de travail 73 – 75 (AI doc 204).

B.i Par projet de décision du 12 avril 2016, l'Office cantonal a informé l'intéressée qu'il entendait lui refuser une rente d'invalidité, dans la mesure où elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui conduisait à retenir un degré d'invalidité de 29% n'ouvrant pas droit à une rente, et qu'elle avait en outre été en mesure de mettre sa capacité de travail en valeur, tout d'abord dans le cadre de mesures d'intervention précoces, puis en accomplissant avec succès un reclassement dans le marketing commercial, au sens de l'art. 17 LAI (AI doc 205).

B.m L'intéressée s'est opposée au projet de décision par courrier du 16 mai 2016 (AI doc 212).

Dans ce contexte, elle a transmis à l'Office cantonal un rapport de consultation du 10 mai 2016 établi par le Dr K. _____ (AI doc 209) ; le médecin y indiquait suivre l'intéressée depuis l'année 2013, celle-ci ayant été victime d'une lésion neurologique au décours d'une arthroscopie pour lésion de la coiffe après son intervention chirurgicale. Le médecin relevait que l'évolution de l'affection somatique se faisait vers un déltoïde qui restait parétique. Il indiquait ensuite que le transfert du grand dorsal permettait d'obtenir uniquement une élévation antérieure active à 30° ainsi qu'une rotation interne qui était à D12, que la rotation externe était bloquée à 0° et le score de constant calculé à ce jour était de 16 points sur 100, soit 20% ajusté avec l'âge. Le Dr K. _____ considérait en ce sens qu'il était infondé de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce d'autant plus que sa patiente était droitrière, et a sur cette base recommandé la conduite d'une contre-expertise.

B.n Appelé à se déterminer sur ce nouveau rapport susmentionné, le Dr R. _____, médecin SMR, a constaté, dans son avis du 13 juillet 2016 (AI doc 214), qu'en comparaison avec les éléments retenus dans l'expertise du 19 janvier 2013 de la Dresse H. _____ (voir *supra*, let. B.a), la rotation interne s'était amélioré de L3 à D12 (en revanche, la rotation externe était à présent nulle et non plus de 20°). Concernant le rapport du Dr P. _____ établi le 17 novembre 2014 (voir *supra*, let. B.g), le médecin a relevé que suite à sa valvuloplastie, l'intéressée avait été en mesure de reprendre son stage, sans qu'une contre-indication ne soit émise par son médecin. Il a dès lors conclu que les éléments apportés restaient compatibles avec les conclusions SMR et donc avec l'expertise du 19 janvier 2013.

B.o Par décision du 28 juillet 2016, l'autorité inférieure, reprenant la motivation figurant dans le projet de décision du 12 avril 2016, a rejeté la demande de rente de l'intéressée (AI doc 219).

C.

C.a L'intéressée, représentée par Maître Caroline Könemann, a interjeté recours le 14 septembre 2016 contre la décision du 28 juillet 2016 devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal). Elle a principalement conclu à l'annulation de la décision attaquée, à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 73.5% et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2016 ; subsidiairement, elle a conclu à la conduite d'une nouvelle expertise médicale et au prononcé d'une nouvelle décision par l'autorité inférieure (TAF pce 1).

À l'appui de son recours, l'intéressée a tout d'abord contesté l'appréciation médicale faite dans l'avis SMR du 30 janvier 2013 (recte : du 13 février 2013 [voir *supra*, let. B.b]). En plus de relever que son affection cardiaque n'avait pas été prise en compte, la recourante a relevé que ledit avis concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, se basant pour ce faire sur l'expertise du 19 janvier 2013 de la Dresse H._____. Or dite expertise avait expressément souligné que les activités concernant la prise de téléphone, l'utilisation d'un ordinateur, le port d'archives et le travail de bureau restaient impossibles ; en outre, cette expertise relevait que seule une activité ne demandant pas l'utilisation du bras droit (et non une activité adaptée aux limitations fonctionnelles) était exigible à un taux de 100%. La recourante a par ailleurs estimé que l'existence même d'une telle activité ne nécessitant pas l'usage de son bras droit était irréaliste. Dans ce contexte, l'intéressée a souligné que ce n'était qu'avec difficulté qu'elle avait été en mesure d'effectuer son stage, puis sa mesure de reclassement dans le domaine du marketing commercial à un taux de 50%. Elle a sur cette base remis en cause le calcul de son taux d'invalidité, qui estimait son revenu après invalidité sur la base d'une activité exercée à temps plein. En outre, elle a fait valoir que contrairement à ce qui avait été retenu dans le premier calcul du taux d'invalidité du 18 mars 2013, l'autorité inférieure, en procédant à sa comparaison des revenus du 12 avril 2016, n'avait pas effectué un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé.

Dans ce contexte, l'intéressée a joint à son recours deux nouveaux documents médicaux, à savoir :

- un rapport opératoire du 4 décembre 2014 (TAF pce 1 [annexe 17]), portant sur le remplacement valvulaire aortique par une valve mécanique de Onxace ; il ressort du rapport que l'intervention a été pratiquée par les médecins Q._____ et S._____, du Centre Hospitalier Universitaire T._____,
- un rapport de consultation du 20 mai 2016, établi par le Dr K._____ (TAF pce 1 [annexe 28]), faisant état de douleurs au niveau de l'épaule gauche, a priori en raison du transfert des charges sur cette épaule ; le médecin constate des lésions avancées de la coiffe supérieure de ce côté, avec une usure complète du sus-épineux et de l'infra-épineux, qui sont à présent rétractés à la glène, avec dégénérescence graisseuse des corps musculaires ; l'espace sous-acromial est par ailleurs mesuré à 6 mm avec un débord acromial mesuré à 50° ; si la coiffe n'est pas réparable, l'épaule reste fonctionnelle avec des amplitudes réservées ; un traitement conservateur est proposé,
- et un courrier du 5 juillet 2016 du Dr U._____, rhumatologue, adressé au Dr D._____ (TAF pce 1 [annexe 29]), dans lequel le médecin indique que la mobilité active au niveau de l'épaule gauche est normale (test de Jobe bien suppléé par le deltoïde, rotation externe très faible, le sous-scapulaire et le biceps restant à peu près corrects), de sorte que ladite épaule gauche doit être ménagée ; le médecin préconise d'aménager « l'intérieur » pour que tout soit à hauteur de la ceinture, en travaillant toujours au-dessus des plans de travail et en évitant des mouvements brutaux de secouage ; le but est de faire durer l'épaule gauche le plus longtemps possible pour retarder la prothèse de Grammont à moins de 65 ans.

C.b Invitée par le Tribunal à prendre position sur le recours, l'autorité inférieure, dans sa réponse du 3 novembre 2016, a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 3). Elle se basait pour ce faire sur la prise de position de l'Office cantonal du 1^{er} novembre 2016, lequel soulignait tout d'abord que l'expertise médicale du 19 janvier 2013 sur laquelle reposait la décision attaquée retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que le fait que la recourante n'ait travaillé qu'à 50% durant son reclassement n'était pas pertinent. S'agissant ensuite de la question de l'abattement de 15% qui n'avait pas été repris dans le dernier calcul du degré d'invalidité, l'Office a considéré que cette question pouvait rester ouverte, dans la mesure où même en procédant audit abattement, un droit à une rente d'invalidité ne serait pas ouvert. Enfin, en ce qui avait trait aux documents médicaux du 20 mai 2016 et du

5 juillet 2016 nouvellement amenés par la recourante (voir *supra*, let. C.a), l'Office cantonal s'est entièrement rallié à l'avis médical SMR du 25 octobre 2016, lequel peut être résumé comme suit :

- dans son avis, la Dresse V. _____ relève que si lesdits documents mettent en évidence une situation stationnaire en ce qui a trait à l'épaule droite, ils font en revanche état d'une nouvelle atteinte à l'épaule gauche ; la médecin considère en ce sens qu'ils attestent d'une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (contro-latérale) dès le mois de mai 2016 ; elle souligne que cette épaule reste fonctionnelle, ce qui signifie que l'intéressée peut l'utiliser en respectant les limitations ; dans ce contexte, la Dresse V. _____ considère qu'il y a lieu de retenir de nouvelles limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule gauche, en ce sens que la recourante doit éviter le port de charges, les mouvements répétitifs de surélévation du membre supérieur gauche au-dessus de la ceinture notamment avec port de charge, le travail avec les bras surélevés au-dessus du plan des épaules, les mouvements de secouage, ainsi que les mouvements répétitifs de rotations de l'épaule ; dans une activité strictement adaptée auxdites limitations fonctionnelles, la capacité de travail reste inchangée ; la médecin précise encore qu'il est rendu plausible que l'intéressée puisse rencontrer des difficultés dans la sphère ménagère et personnelle ; enfin, concernant le rapport opératoire du 4 décembre 2014, la médecin relève que cette intervention était déjà connue avant le prononcé de la décision attaquée, et qu'il y a lieu de constater que la recourante, à la suite de son arrêt de travail de 4 mois, a pu reprendre normalement ses activités, de sorte qu'il n'y a pas de nouvel élément amené sur le plan cardiologique.

C.c La recourante, dans sa réplique du 14 décembre 2016 (TAF pce 7), a notamment fait valoir que la difficulté avec laquelle elle avait été en mesure d'accomplir son stage à un taux de 50% démontrait qu'il était illusoire de considérer qu'elle pouvait théoriquement exercer cette activité à 100% ; en outre, elle a considéré que c'était l'utilisation constante de son bras gauche durant la mesure de reclassement qui avait causé cette atteinte, de sorte que sa capacité de travail s'était encore réduite depuis ladite mesure. Elle a par ailleurs considéré que les conclusions du Dr K. _____, dans son rapport du 20 mai 2016, avaient été mal retranscrites, dans la mesure où il avait considéré que la rotation externe était bloquée à 0° (et non pas à 30° comme constaté par la médecin SMR dans son avis du 25 octobre 2016) ; de même, elle a fait valoir que le Dr U. _____ n'avait pas indiqué que la mobilité active de son épaule gauche était normale. Enfin, la recourante a

joint à sa réplique un IRM de son épaule gauche réalisé le 12 mai 2016 ainsi que l'avis du Dr W._____, radiologue, y relatif ; dit médecin concluait à une rupture des tendons supra et infraspinatus avec ascension de la tête humérale et pincement de la distance acromio céphalique, ainsi qu'à un épanchement liquidien dans la gaine du long biceps.

C.d Par duplique du 17 janvier 2017 (TAF pce 9) renvoyant à la prise de position de l'Office cantonal du 10 janvier 2017, l'autorité inférieure s'est ralliée à un dernier avis médical SMR du 5 janvier 2017, dans lequel le Dr X._____, reprenant les conclusions faites dans l'avis du 25 octobre 2016 (voir *supra*, let. C.b), a indiqué que la capacité de travail restait totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir le bras droit et gauche, en évitant le porte de charges, les mouvements répétitifs de surélévation du membre supérieur gauche au-dessus de la ceinture, le travail avec les bras surélevés au-dessus du plan des épaules, les mouvements de secouage, les mouvements répétitifs de rotation de l'épaule gauche).

C.e Par réplique du 27 février 2017 (TAF pce 12), l'intéressée a relevé que dans la mesure où elle présentait une nouvelle affection à l'épaule gauche, qui n'était pas stabilisée, il s'imposait de conduire une nouvelle expertise pour éclaircir ce point. Elle a dans ce contexte transmis un nouveau rapport du 14 février 2017, dans lequel le Dr K._____ indiquait que les status relatifs aux deux épaules étaient superposables aux précédents (avec des contradictions minimales sur les 4 chefs du deltoïde sans réel mouvement au niveau de la gléno-humérale s'agissant de l'épaule droite).

C.f Dans ses dernières observations du 28 mars 2017 renvoyant à la prise de position de l'Office cantonal du 15 mars 2017, l'autorité inférieure a considéré que le dernier rapport du 14 février 2017 n'appelait pas de commentaires particuliers, et a conclu une nouvelle fois au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 14).

C.g Par courrier du 22 décembre 2017 (TAF pce 16), la recourante fait valoir que son état de santé se péjore dans la mesure où la mobilité de son bras gauche s'aggrave (l'état étant stationnaire s'agissant du bras droit).

Droit :**1.**

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

1.4 En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

2.

En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers – dans le cas concret il s'agit de de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de C._____, l'assurée ayant travaillé en tant que frontalière dans ledit canton (voir *supra*, let. A). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

3.

3.1 La requérante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. 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 (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 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi 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 Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

3.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la requérante à une rente de l'AI suisse, en particulier sur le point de savoir si les affections dont elle serait victime ont pu entraîner une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à celle-ci.

5.

5.1 L'intéressée conteste l'appréciation faite par l'autorité de première instance de son état de santé et donc de sa pleine capacité de travail.

5.2 Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité 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, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (AI doc 11). Il reste donc à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

6.

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 LPGA).

L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

7.

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins

(let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée 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.

Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2025).

8.

8.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6).

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

8.2 Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

8.3 S'agissant plus précisément des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci 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 dès lors pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015

du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

9.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPG), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPG). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références).

10.

S'agissant de l'état de santé de la recourante, son dossier fait état de trois affections distinctes, qu'il convient de traiter successivement.

10.1 Il est principalement admis que l'intéressée souffre d'une paralysie du nerf axillaire droit post réparation d'une rupture massive de la coiffe des rotateurs traumatique avec rérupture par la suite ; cet avis ressort notamment des expertises médicales de la Dresse H._____ établies le 24 octobre 2011 et le 19 octobre 2012 (voir *supra*, let. B.a), mais encore notamment des avis du Dr F._____ du 11 février 2011, du 17 février 2012 et du 7 août 2012, et de ceux du Dr D._____ du 10 janvier 2012, du 16 mars 2012 et du 25 juin 2012 (voir *supra*, let. B.a). Ce diagnostic est repris par la médecin SMR dans son avis du 13 février 2013 (voir *supra*, let. B.b), et enfin mentionné par le Dr K._____ dans son rapport du 10 mai 2016 (voir *supra*, let. B.m).

10.2 La recourante a en outre subi le 25 novembre 2014 une intervention chirurgicale, à savoir une valvuloplastie, en raison d'un rétrécissement aortique sévère (voir *supra*, let. B.g).

10.3 Enfin, postérieurement au prononcé de la décision attaquée, la recourante a transmis deux documents médicaux, et en particulier le rapport de consultation du Dr K._____ du 20 mai 2016, dans lequel dit médecin constate, au niveau cette fois-ci de l'épaule gauche, des lésions avancées de la coiffe supérieure avec une usure complète du sus-épineux et de l'infra-épineux, qui sont à présent rétractés à la glène, avec dégénérescence graisseuse des corps musculaires (voir *supra*, let. C.a). Appelé à se déterminer sur ce nouveau document, la Dresse V._____, dans son avis SMR du 25 octobre 2016 (voir *supra*, let. C.b), a posé comme nouveau diagnostic une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (contro-latérale).

10.4 Force est de constater que l'état de santé de l'intéressée a été établi à satisfaction de droit ; le Tribunal relève, dans ce contexte, que la recourante ne joint aucun document médical à son courrier du 22 décembre 2017 propre à démontrer que l'état de son bras gauche se péjorerait (voir *supra*, let. C.g).

11.

11.1 Concernant ensuite les limitations fonctionnelles et les répercussions de celles-ci sur la capacité de travail, le Tribunal constate dans un premier

temps que si le rétrécissement aortique sévère de la recourante a certes conduit à des arrêts de travail entre le mois de novembre 2014 et d'avril 2015, ledit problème cardiaque n'a plus fait l'objet de commentaires après la valvuloplastie opérée à la fin du mois de novembre 2014 (voir *supra*, let. B.g). En particulier, la recourante a elle-même informé l'Office cantonal être en mesure de reprendre son stage, sachant que son médecin cardiologue avait estimé qu'un arrêt de travail ne se justifiait plus à compter du mois d'avril 2015 (voir *supra*, let. B.h). C'est donc à juste titre que le médecin SMR a considéré, dans son avis du 13 juillet 2016, que l'intéressée avait été en mesure de reprendre son stage, sans qu'une contre-indication ne soit émise par son médecin, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de retenir d'incapacité de travail pour ce motif après cette date (voir *supra*, let. B.n).

11.2 S'agissant ensuite de l'épaule droite de la recourante, le Tribunal relève comme suit :

11.2.1 En ce qui a trait aux limitations fonctionnelles, il ressort notamment du dossier que la recourante n'est pas en mesure de porter des poids lourds (rapport du Dr F. _____ du 9 août 2011), qu'elle ne peut pas lever son bras droit (rapport du Dr D. _____ du 10 janvier et du 18 janvier 2012), et qu'elle souffre de fortes limitations des mouvements de celui-ci (en avant, en arrière et latéralement [rapport du Dr D. _____ du 6 mars et du 16 mars 2012]); dans sa première expertise du 24 octobre 2011, la Dresse H. _____ relève que sa patiente n'est pas en mesure de se déplacer en véhicule, et qu'elle présente une mobilité de l'avant-bras et du coude très limitée en actif. Dans sa seconde expertise du 19 janvier 2013, la médecin constate une limitation de l'élévation active, de la rotation externe et de toute force au niveau du port de charge, et relève notamment que dans la mesure où l'intéressée est droitrière, les activités concernant la prise de téléphone, l'utilisation d'un ordinateur, le port d'archives et le travail de bureau restent impossibles (voir *supra*, let. B.a).

11.2.2 Concernant plus précisément la capacité de travail de l'intéressée, le Dr F. _____, dans son rapport médical du 9 août 2011, retient une incapacité de travail totale jusqu'au 4 septembre 2011, à charge pour le médecin traitant de se déterminer après cette date. Dans son expertise du 24 octobre 2011, la Dresse H. _____ considère que la reprise d'une activité professionnelle est pour le moment compromise. Le Dr D. _____, dans son rapport du 10 janvier 2012, retient une incapacité de travail dans l'activité habituelle dès le 8 février 2011, avis qu'il confirme par la suite dans son rapport du 16 mars 2012, en précisant que la question de la capacité de travail dans une activité adaptée ne peut encore être évaluée à cette

date (voir encore, en ce sens, le rapport du même médecin du 25 juin 2012) Le Dr F._____, dans son rapport médical du 7 août 2012, retient une incapacité de travail totale. Enfin, le Dr D._____ considère, dans son rapport du 24 septembre 2012, qu'une éventuelle reprise de l'activité habituelle sera déterminée suite à la seconde expertise de la Dresse H._____ ; dite expertise du 19 janvier 2013 fait quant à elle état d'une incapacité de travail de 70% dans l'activité habituelle (avec possible amélioration d'ici 12 à 24 mois), mais d'une pleine capacité dans une activité adaptée (voir *supra*, let. B.a).

C'est sur la base de cette dernière expertise médicale du 19 janvier 2013 que la Dresse M._____ a conclu, dans son avis SMR du 13 février 2013, à une capacité de travail de 25 à 30% dans l'activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée, en retenant, s'agissant de celle-ci, les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'élévation active ou de mouvements de rotation de l'épaule droite, de port de charge ou de sollicitation du membre supérieur droit, ni d'utilisation d'escaliers ou d'escabeaux (voir *supra*, let. B.b). Par la suite, le Dr R._____ a estimé, sur la base du rapport du Dr K._____ du 10 mai 2016, que si la situation s'était modifiée du point de vue de la rotation externe, celle-ci ne conduisait toutefois pas à retenir une diminution de la capacité de travail (voir *supra*, let. B.n). Par ailleurs, on pourra certes reprocher à l'avis SMR de la Dresse V._____ du 25 octobre 2016 de retenir à tort une rotation externe de 20°, sans que cette erreur manifeste n'ait toutefois eu de conséquences, dans la mesure où cette question spécifique avait déjà été traitée par le Dr R._____, avant le prononcé de la décision attaquée. L'avis du Dr K._____ du 10 mai 2016 (voir *supra*, let. B.m), selon lequel l'état de santé de sa patiente ne permettait pas de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, n'a quant à lui pas fait l'objet de commentaires particuliers.

11.2.3 Dans ce contexte, force est pour le Tribunal de constater que les avis SMR susmentionnés peinent à convaincre ; certes, s'ils reposent sur l'expertise du 19 janvier 2013 qui satisfait aux conditions posées par la jurisprudence (voir *supra*, consid. 8.2), ils s'en écartent dans les faits, sachant qu'ils considèrent qu'une capacité de travail est pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, alors que l'expertise indique que seule une activité ne nécessitant pas l'utilisation du bras droit peut être exercée à 100%. Il faut en ce sens constater qu'aucun document ne permet de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, il ressort des éléments du dossier que la recourante n'a exercé sa mesure de reclassement qu'à un taux de 50% (ce que l'autorité inférieure

ne conteste pas [voir *supra*, let. C.b]). Ainsi, sur la base de l'expertise du 19 janvier 2013, le Tribunal ne saurait constater, à ce stade, une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, mais uniquement dans une activité ne demandant pas d'utiliser le bras droit (ce qui exclut en particulier les activités de bureau et l'utilisation d'un ordinateur [voir *supra*, let. B.a]). Dans ce contexte, et bien que ce point fera l'objet d'un développement ultérieur (voir *infra*, consid. 11.3.2), il sied de relever qu'à aucun moment l'expertise du 19 janvier 2013 ainsi que les avis SMR reposant sur celle-ci ne mentionnent concrètement quelles activités adaptées pourraient être exercées à plein temps par la recourante.

11.3

11.3.1 En ce qui a enfin trait aux limitations fonctionnelles découlant de l'épaule gauche, il ressort des avis du Dr K. _____ du 20 mai 2016 et du Dr U. _____ du 5 juillet 2016 que celle-ci reste fonctionnelle avec des amplitudes réservées, sa mobilité restant normale, et que l'utilisation de ladite épaule doit être ménagée ; ainsi, l'intéressée doit maintenir son bras au niveau de la ceinture, en travaillant toujours au-dessus des plans de travail et en évitant des mouvements brutaux de secouage (voir *supra*, let. C.a).

La Dresse V. _____, dans son avis SMR du 25 octobre 2016, a retenu comme limitations fonctionnelles une activité ne demandant pas de devoir porter des charges, d'effectuer des mouvements répétitifs de surélévation du membre supérieur gauche au-dessus de la ceinture, de travailler avec les bras surélevés au-dessus du plan des épaules, d'effectuer des mouvements de secouage et enfin des mouvements répétitifs de rotation de l'épaule. Sur cette base, le médecin a considéré que dans une activité strictement adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail restait inchangée. La Dresse V. _____ reconnaissait cependant qu'il était rendu plausible que l'intéressée pouvait rencontrer des difficultés dans la sphère ménagère et personnelle (voir *supra*, let. C.b). Le Dr X. _____ relève également, dans son avis SMR du 25 octobre 2016, que la capacité de travail de l'intéressée est totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus (voir *supra*, let. C.d).

11.3.2 Toutefois, et comme déjà relevé par le présent Tribunal (voir *supra*, consid. 11.2.3), à aucun moment les médecins ne font mention du type d'activité qui pourrait être exercé dans ces conditions. Certes, la jurisprudence admet que lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice

d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (voir *supra*, consid. 8.1). En revanche, sachant que dans le cas d'espèce l'intéressée présente plusieurs limitations fonctionnelles aux deux bras, et qu'il est admis qu'elle peut rencontrer des difficultés dans la sphère ménagère et personnelle, le Tribunal ne saurait conclure que la recourante est en mesure d'exercer un large nombre d'activités, de sorte qu'un simple renvoi à un marché du travail équilibré est, dans ce contexte, insuffisant.

12.

Il est en conclusion nécessaire que l'autorité inférieure désigne spécifiquement quelles activités peuvent être exercées à temps plein, faute de quoi il apparaît comme peu convaincant de retenir, chez la recourante, une pleine capacité de travail dans un large choix d'activités adaptées sans aucune diminution de rendement, et ce quand bien même l'expertise du 19 janvier 2013 sur laquelle repose la décision attaquée satisfait aux conditions posées par la jurisprudence. Partant, le recours doit être partiellement admis, en ce sens que la décision du 28 juillet 2016 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier la question susmentionnée, à savoir quelle activité peut d'une part être exercée sans utiliser le bras droit, et peut d'autre part être exercée en respectant les nombreuses limitations fonctionnelles relatives au bras gauche. Il appartiendra ainsi à l'autorité inférieure de démontrer l'existence d'une telle activité, sans quoi il faudra constater que l'intéressée n'est pas en mesure de se réintégrer sur un marché du travail équilibré. Si seul un nombre restreint d'activités devaient être trouvées, l'autorité inférieure devra alors tenir compte du fait qu'elle a, le 5 mars 2013 (voir *supra*, let. B.d), procédé à un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, de sorte que sa décision de ne plus procéder à cet abattement devra, le cas échéant, être motivée. Dans le cadre de la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire, l'OAIE se basera certes sur les salaires ESS (voir *supra*, let. B.k), mais elle retiendra en revanche la moyenne des salaires tout secteur confondu pour un niveau de qualification 2 (voir en ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_311/2012 du 23 août 2012 consid 4.1 ; ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Enfin, une nouvelle décision sera prise.

Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (voir art. 29 de la Constitution fédérale de la

Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1).

13.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante au cours de la procédure lui sera remboursée sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal.

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. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par la mandataire de la recourante, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de CHF 2800.-, à la charge de l'autorité inférieure.

(dispositif page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis, en ce sens que la décision du 28 juillet 2016 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal.

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 :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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. 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 du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :