



## **Arrêt du 8 février 2023**

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
David Weiss, Regina Derrer, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France),  
représentée par Comité de protection des travailleurs  
frontaliers européens, (France),  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 16 mars  
2021).

**Faits :****A.**

Née en 1984, domiciliée en France et mère de deux enfants nés en 2008 et 2013, A. \_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante, l'assurée, l'intéressée), titulaire d'un brevet d'études professionnelles (BEP) et d'un BAC professionnel dans le domaine de la vente, a occupé dès 2007 un emploi de spécialiste CRM auprès B. \_\_\_\_\_, à (...). Initialement engagée à temps complet, elle a réduit son taux d'occupation à 90 % dès septembre 2009, puis à 80 % dès novembre 2013 et, enfin, à 60 % à compter de 2015. Dans ce contexte, elle a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 2, 8, 10, 14, 35 et 76).

**B.**

Le 22 juillet 2016, la prénommée a déposé – par l'intermédiaire des autorités françaises (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 49ss) – une demande de prestations de l'assurance-invalidité en relation avec une sclérose en plaque, un syndrome de stress post-traumatique, des céphalées, des douleurs vertébrales diffuses, ainsi que des contractures et impotences fonctionnelles des quatre membres (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 2 et 8).

**B.a** Suivant les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de cette demande, l'intéressée – qui présente des antécédents de migraine sans aura ainsi que des sciatalgies droites post-partum sur atteinte radiculaire L5 et S1 – souffre d'une sclérose en plaques symptomatique depuis juillet 2010 avec l'apparition d'une névrite optique droite, qui a récidivé à gauche durant l'été 2014 (rapports du Hôpital D. \_\_\_\_\_ des 27 décembre 2010 et 25 février, 22 juillet, 28 juillet 2011 puis des 29 juillet, 23 septembre, 26 septembre 2014, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 61 ss). Cela étant, la maladie a été formellement diagnostiquée à la lumière des résultats d'une IRM cérébrale réalisée le 25 septembre 2014 et documentant l'apparition d'hypersignaux typiques correspondant alors à une petite charge lésionnelle (rapports du Hôpital D. \_\_\_\_\_ des 7 octobre et 5 novembre 2014, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 74 ss ; cf. également prise de position du Dr E. \_\_\_\_\_, neurologue, du 24 avril 2017, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 91).

**B.b** Au début de l'année 2015, un traitement de fond de la maladie à base d'Aubagio associé à un traitement symptomatique a été instauré (rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ des 24 avril 2017 et du 29 août 2017, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 89 et pce 15). Suite à de nouveaux symptômes survenus en juillet 2015, l'évolution de l'état de santé de l'assurée s'est caractérisée par l'apparition « de façon insidieuse et progressive » d'une asthénie physique et

psychique avec troubles de l'humeur, de douleurs vertébrales diffuses avec contractures et impotence fonctionnelle des quatre membres, de céphalées ainsi que de troubles urinaires (rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ des 27 juin et 4 novembre 2016, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 69 et 80 ; cf. également rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2014 et du Dr E. \_\_\_\_\_ du 24 avril 2017, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 66 et 89 ; cf. également rapport précité du Dr E. \_\_\_\_\_ du 24 avril 2017) ; des radiographies réalisées les 15 septembre 2015 et 15 juin 2016 ont objectivé une minime uncodiscarthrose en C3-C4, C4-C5, de minimes troubles de la statique dorsale et lombaire, une légère spondylarthrose, un léger antélisthésis stade I de L5 sur S1, ainsi qu'une discopathie en L5-S1 (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 67s).

Dans ce contexte, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a attesté de l'incapacité de travail de l'assurée dès le mois de juin 2016 (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 69 et 80, ainsi que pces 11 et 29). Ayant dispensé le suivi neurologique de l'intéressée dès 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ a en revanche considéré que la sclérose en plaques dont souffre cette dernière n'est à l'origine d'aucune restriction (rapports du 29 août 2017 ainsi que le rapport non daté complété sur requête de l'assureur-invalidité du 3 janvier 2019, AI-C. \_\_\_\_\_ pces 15 et 61). De son côté, après avoir retranscrit les plaintes principales de l'assurée – soit une fatigue, des engourdissements des quatre membres, des contractures musculaires ainsi que des lombalgies et une sciatique –, le Service médical de la H. \_\_\_\_\_ a retenu que cette dernière pouvait exercer à temps plein son activité d'employée commerciale en dépit d'une sclérose en plaques évoluant par poussées, d'une baisse de l'acuité oculaire de l'œil droit et d'une raideur au niveau lombaire (rapport E213 du 27 juin 2016 AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 49 ss ; cf. également prise de position du médecin-conseil de l'OAIE du 11 avril 2017, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 87 ss).

**B.c** Dès mai 2017, l'assurée a bénéficié d'un traitement psychiatrique à base d'escitalopram et de Xanax ainsi que d'un suivi régulier auprès de la Dr I. \_\_\_\_\_, psychiatre, qui a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique (PTSD, CIM-10 F43.1) compliqué d'un état dépressif majeur d'intensité sévère (CIM-10 F32.2). Selon la médecin-traitant, l'intéressée présente un status après décompensation au mois de mars 2017 d'un état d'épuisement professionnel entraînant un trouble de l'adaptation avec un ressenti de pression, de harcèlement et de discrimination au travail, ce qui a entraîné un PTSD caractérisé par des crises d'angoisse, troubles du sommeil, cauchemars, réviviscence des scènes de travail ainsi qu'un état d'alerte et d'hypervigilance permanents ; à ce PTSD s'ajoute un épisode

dépressif sévère aggravé par la menace de licenciement et par les comorbidités organiques. Dans ces conditions, l'incapacité de travail est qualifiée de totale par la Dr I. \_\_\_\_\_, qui observe que l'assurée présente comme restrictions des troubles cognitifs avec troubles mnésiques, des troubles de la concentration, un ralentissement psychomoteur et des troubles du sommeil avec ralentissement diurne (rapports de la Dr I. \_\_\_\_\_ du 30 juin et 6 octobre 2017 ainsi que du 25 janvier 2019, AI-C. \_\_\_\_\_ pces 4, 11, 25 et 63).

**B.d** Après avoir vu son contrat de travail résilié avec effet au 31 décembre 2017 pour des motifs de santé (questionnaire employeur du 12 mars 2018, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 33), l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à temps complet si elle n'était pas atteinte dans sa santé, expliquant avoir réduit son taux d'occupation à 60 % dès janvier 2015 pour des motifs de santé (questionnaire statut du 3 avril 2018, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 35 ; cf. également AI-C. \_\_\_\_\_ pces 20 et 37).

**B.e** Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 5 février 2018 réalisé pour le compte de l'assureur perte de gain en cas de maladie de B. \_\_\_\_\_, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'accentuation du trait de personnalité névrotique (CIM-10 Z73.1) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F32.11) réactionnel à la maladie de la sclérose en plaques, excluant de ce fait toute capacité de travail à l'assurée (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 32 et 55).

Des IRM réalisées les 19 février et 30 septembre 2020 ont par la suite documenté un bilan médullaire normal, le caractère stable des lésions péri-ventriculaires frontales droites déjà observées en 2017 ainsi que l'apparition récente d'une lésion occipitale gauche en rapport avec la corne postérieure du ventricule latéral (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 75 p. 28 s ainsi que pce 84).

**B.f** Sur l'initiative de son service médical, l'assureur-invalidité a mis en œuvre dans le courant de l'année 2020 une expertise bidisciplinaire auprès des Drs K. \_\_\_\_\_, neurologue, et L. \_\_\_\_\_, psychiatre, qui ont retenu les diagnostics de sclérose en plaques et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 65 ss). Renvoyant aux conclusions du volet neurologique, le rapport consensuel fourni le 15 décembre 2020 par les experts reconnaît à l'assurée une incapacité de travail de l'ordre de 30 à 40 % dès mars 2017 ; pour le surplus et compte tenu des limitations du rachis, demeurent seules exigibles selon les experts des activités proscrivant les travaux physiquement lourds, les activités régulières de moyenne intensité ainsi que celles comportant un

risque de chute ou nécessitant d'évoluer sur des terrains irréguliers (ch. 4.1 de l'appréciation interdisciplinaire renvoyant au ch. 7.4 et 8. du rapport neurologique, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 76). Au plan strictement psychique, le Dr L. \_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée a présenté depuis mai 2017 une limitation de 40 % de sa capacité de travail, puis de 15 % dès le début de l'année 2020 (ch. 8 du rapport du 17 septembre 2020, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 75).

**B.g** Le 12 janvier 2021, le Dr M. \_\_\_\_\_ – médecin-conseil de l'assureur-invalidité spécialisé en médecine générale – a considéré comme probante l'expertise des Drs L. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, évaluant sur cette base la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 65 % dans son activité habituelle, ce dès le 21 mars 2017 (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 79).

**B.h** Dans un rapport du 19 janvier 2021, le Dr I. \_\_\_\_\_ – après avoir rappelé les diagnostics déjà posés – a observé chez l'assurée un état anxio-thymique instable, sans rémission, compliqué de troubles paniques avec agoraphobie (CIM-10 F.40.01) et d'une instabilité due au problème somatique. Cela étant, la capacité de travail reste nulle eu égard à un état de santé qui s'est aggravé avec une dépression devenue mélancolique et l'apparition de velléités suicidaires et d'un ressenti d'injustice (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 84 p. 5). De son côté, le Dr E. \_\_\_\_\_ a expliqué dans une prise de position du 20 janvier 2021 que l'assurée avait interrompu depuis quelques années son traitement à base d'Aubagio en raison d'effets secondaires indésirables et qu'elle continuait à se plaindre de troubles sphinctériens urinaires, de troubles visuelles, de l'attention, de la concentration et de l'équilibre ainsi que d'un état de fatigue chronique (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 84 p. 7). Par avis du 22 février 2021, le Dr M. \_\_\_\_\_ a observé que ces prises de positions n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 88).

**B.i** Par décision du 16 mars 2021, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a rejeté la demande de prestations de l'intéressée, considérant que celle-ci présente depuis mars 2017 une capacité résiduelle de travail de 65 % excluant le droit à une rente d'invalidité (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 91).

### **C.**

L'assurée interjette recours contre cette décision, dont elle demande l'annulation, concluant implicitement à ce qu'une rente d'invalidité complète lui soit allouée (TAF pce 1).

Pour sa part, l'OAIE conclut à ce que le recours soit déclaré irrecevable faute de respecter les conditions de forme, subsidiairement à ce qu'il soit rejeté (TAF pces 6 et 11).

Avant que l'échange d'écritures ne soit clôturé, la recourante a encore produit différents rapports médicaux dans lesquels les Drs F. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ ont réitéré leurs positions respectives (rapports des 6 juin et 20 août 2021, TAF pces 9 et 12). Dans des prises de position des 12 août et 24 septembre 2021, le Dr E. \_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué que sa patiente garde comme séquelles fonctionnelles de ses poussées de sclérose en plaques des troubles visuels, des troubles de l'équilibre en rapport avec un syndrome cordonal postérieur prédominant à gauche avec une ataxie de l'hémicorps gauche, un état de fatigue chronique, des troubles sphinctériens urinaires avec une impériosité mictionnelle et urgenturie occasionnant des fuites ainsi que des troubles des fonctions supérieures avec des troubles de l'attention et de la concentration. Aussi le médecin-traitant de l'assurée considère-t-il que ces troubles fonctionnels ne lui permettent plus d'exercer son activité professionnelle (TAF pce 9 et 12). Le 20 décembre 2021, le Dr E. \_\_\_\_\_ a rapporté la survenance d'une nouvelle poussée de sclérose en plaques (TAF pce 17).

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**1.2** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision du 16 mars 2021 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, 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. 64 al. 3 PA), le recours est recevable. A cet égard, il y a lieu

d'écarter d'emblée le motif d'irrecevabilité soulevé par l'autorité précédente en relation avec le devoir de motivation au sens de l'art. 52 al. 1 PA. Dans le domaine des assurances sociales en effet, les principes de l'interdiction du formalisme excessif et de la simplicité de la procédure exigent du juge saisi d'un recours de ne pas se montrer trop stricte lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (entre autres : arrêt du TF 8C\_479/2016 du 2 août 2017 consid. 6.2 et réf. citées). Or en l'espèce, les motifs et les conclusions de l'intéressée ressortent clairement de son mémoire de recours, même si celui-ci est succinct.

**1.3** Domiciliée en France voisine, la recourante doit être qualifiée de frontalière, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité a à bon droit été menée par l'office AI C. \_\_\_\_\_ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI).

## **2.**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise. Il 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 ; cf. aussi ATAF 2013/46 consid. 3.2).

## **3.**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son taux d'invalidité. Lors de cet examen, il sera uniquement tenu compte des faits survenus jusqu'au prononcé de la décision attaquée (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 118 V 200 consid. 3a et les références; arrêts du TF 9C\_47/2022 du 22 novembre 2022 consid. 5.1.2 et 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3).

## **4.**

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision

administrative litigieuse a été rendue avant cette date (TF 9C\_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4.1). Les dispositions visées seront par conséquent citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cela étant, il n'apparaît dans le cas d'espèce pas décisif que la recourante soit au bénéfice d'une pension d'invalidité au sens du droit français (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 2 p. 10).

**4.1** 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) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 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.

**4.2** On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 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.

Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**4.2.1** Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêt TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI).

**4.2.2** En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1, 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3). Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et

loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418).

Cela étant, l'évaluation de l'incapacité de travail fournie lege artis par l'expert-psychiatre est soumise au libre examen de l'autorité chargée d'appliquer le droit, qui pourra s'en écarter en présence de raisons valables (« triffigen Gründen » ; ATF 148 V 49 consid. 6). Tel est le cas lorsque l'hypothèse médico-psychiatrique d'une incapacité de travail n'est finalement pas assez sûre et convaincante en termes de résultat et au regard de la charge matérielle de la preuve (« entscheidenden Gesichtswinkel ») que supporte l'assuré en vertu de l'art. 8 LPGA. Singulièrement, l'autorité doit vérifier si et dans quelle mesure les experts médicaux ont motivé de manière suffisante et compréhensible leur évaluation de l'incapacité de travail en tenant compte des indicateurs déterminants (thèmes de la preuve). A cet égard, il est déterminant pour les spécialistes consultés de faire le lien avec la partie de l'expertise médico-psychiatrique qui précède (avec extrait du dossier, anamnèse, résultats, diagnostics, etc.), c'est-à-dire de se référer en détail aux résultats médico-psychiatriques recueillis dans le cadre d'un examen clinique et de l'exploration professionnelle relevant de leur compétence. Aussi le médecin doit-il exposer de manière circonstanciée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les résultats obtenus sont susceptibles de réduire les capacités fonctionnelles et les ressources psychiques de l'assuré sur les plans qualitatif, quantitatif et temporel (ATF 143 V 418 consid. 6). En d'autres termes, il ne suffit pas que l'expert psychiatrique conclue à une incapacité de travail en référence uniquement au diagnostic retenu ; il doit bien plus démontrer et développer ses conclusions en relation avec ses constatations et en tenant compte de toutes les particularités du cas d'espèce. Si l'expert s'acquitte de cette tâche de manière convaincante et en tenant compte des indicateurs standards développés dans l'ATF 141 V 281, l'évaluation médico-psychiatrique des conséquences sera également valable pour l'autorité d'application du droit. Dans le cas contraire, il existe une raison valable qui impose juridiquement de s'en écarter (cf. sur l'ensemble : ATF 148 V 49 consid. 6.2 et 145 V 361 consid. 4.3).

**4.3** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement

tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; arrêt du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

**4.4** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 de là, 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 cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

## **5.**

En l'occurrence, l'autorité précédente a considéré que la recourante présente depuis le mois de mars 2017 une capacité de travail de 65 % dans toute activité légère. Pour ce faire, elle s'est fondée sur les conclusions de son médecin-conseil le Dr M. \_\_\_\_\_, qui s'est lui-même basé sur l'appréciation consensuelle des Drs L. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ reconnaissant à l'assurée une incapacité de travail de l'ordre de 30 à 40 % dès mars 2017 dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles du rachis. Ad-

mettant que l'intéressée travaillerait à temps complet si elle n'était pas atteinte dans sa santé et qu'elle justifie d'une capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle de spécialiste CRM, l'autorité précédente a fait correspondre le degré d'invalidité au taux d'incapacité de travail de 35 %, reconnaissant ainsi un degré d'invalidité insuffisant pour fonder le droit à une rente (sur l'évaluation de l'invalidité par comparaison de pourcentages, cf. encore récemment arrêt du TF 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et réf. citées).

**5.1** Sans remettre en cause la méthode de calcul de l'invalidité appliquée par l'office AI, la recourante conteste l'appréciation médicale de son cas, considérant être incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle en raison de ses atteintes. A cet égard, elle se prévaut essentiellement des prises de position fournies par ses médecins-traitants les Drs F.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_, et E.\_\_\_\_\_.

**5.1.1** Comme le retient l'autorité précédente par le biais de son service médical, l'expertise menée par le Dr K.\_\_\_\_\_ est largement convaincante. En particulier, ce médecin a précisément circonscrit le contexte dans lequel s'insère son examen, décrivant l'anamnèse de l'assurée et les différents avis médicaux portés au dossier. Aussi les plaintes de l'intéressée – à savoir au premier plan une importante fatigue ainsi que des douleurs diffuses – sont-elles dûment retranscrites par l'expert, à l'instar du status clinique, caractérisé par des réflexes musculaires douteux au niveau de membres supérieurs, une marche parfois incertaine ainsi que des plaintes à la pression et à la flexion des articulations ilio-sacrées et du rachis. A la lecture du rapport d'expertise neurologique, on comprend ainsi aisément que l'assurée souffre principalement d'une sclérose en plaque symptomatique depuis 2010 et que son état de santé a commencé à se détériorer significativement dès 2014 suite à une poussée de la maladie sous la forme d'une névrite optique, suivie d'une importante fatigue devenue par la suite chronique et ayant justifié – outre la diminution du taux d'occupation à 60 % – la mise en place en 2015 d'un traitement immun-modulateur.

De même, l'incidence des atteintes organiques de l'assurée sur sa capacité de travail est abordée en détail par le Dr K.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, la symptomatologie observée est à juste titre examinée à la lumière des constatations objectives, l'expert expliquant de manière circonstanciée que les plaintes de l'assurée – qui présente une tendance à l'exagération – ne peuvent qu'en partie être rapportées à la sclérose en plaque et au syndrome cervical léger documentés lors des examens diagnostics et cliniques réalisés. A dire d'expert, les douleurs de l'assurée et les sensations

de lourdeur dont elle se plaint ne reposent ainsi que partiellement sur un substrat organique. En revanche, une certaine fatigue, une altération de la vision ainsi que de légers déficits de la sensibilité au niveau du visage, du bras et de la jambe droite, sont corroborés au plan somatique. Dans ce contexte, l'expert examine expressément les limitations objectives de l'assurée au regard de sa capacité de travail, expliquant de façon convaincante que la fatigue entraîne une diminution quantitative de la capacité de travail ainsi qu'une diminution de la résistance physique compatible avec l'exercice d'une activité de 60 à 70 % maximum. Aussi cette capacité résiduelle de travail est-elle circonscrite eu égard à l'ensemble des atteintes somatiques, soit notamment au syndrome cervical et aux troubles de l'équilibre objectivés et excluant l'exercice d'activités physiquement contraignantes ou impliquant un risque de chute.

En outre, l'évaluation du Dr K. \_\_\_\_\_ n'est pas valablement remise en cause par les autres pièces médicales du dossier, ce que la recourante ne soutient au demeurant pas. A ce propos, on ne saurait en particulier rien tirer des prises de position des 12 août et 24 septembre 2021 par lesquelles le Dr E. \_\_\_\_\_ a considéré que les troubles fonctionnels de l'assurée ne lui permettent plus d'exercer son activité professionnelle, ce médecin-traitant ayant auparavant systématiquement relativisé l'incidence de la sclérose en plaques sur la capacité de travail de l'assurée (cf. en particulier rapports des 24 avril et 29 août 2017, 3 janvier 2019 et 20 janvier 2021, AI-C. \_\_\_\_\_ pces 15 et 61 notamment). Quant aux appréciations succinctes du Dr F. \_\_\_\_\_, elles ne sauraient raisonnablement invalider l'avis de l'expert, faute notamment de circonstancier les plaintes de l'assurée au regard des circonstances objectives (sur la valeur probante des appréciations fournies par les médecins-traitants, cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.5 et arrêt du TF 9C\_575/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2).

**5.1.2** De même, l'expertise psychiatrique apparaît avoir été sérieusement menée par le Dr L. \_\_\_\_\_. En particulier, ce médecin a précisément retranscrit les plaintes de l'assurée, expliquant que celle-ci se plaint d'une mauvaise concentration, ne supporte pas d'être entourée de nombreuses personnes, souffre de fatigue et de tristesse et présente parfois une peur panique accompagnée de problèmes respiratoires et d'anxiété, en quel cas elle prend deux comprimés d'alprazolam ; des signes d'irritation ou d'agressivité ne sont en revanche pas observés en relation avec cette situation et l'assurée continue à mobiliser suffisamment d'énergie pour mener les activités qui lui tiennent à cœur, notamment pour sortir se promener avec ses chiens, passer du temps avec ses proches, lire ou faire du jardinage avec l'aide de son père et de ses enfants. L'anamnèse de l'intéressée

est par ailleurs largement décrite par le Dr L. \_\_\_\_\_, qui rapporte la manière dont elle organise son quotidien avec l'aide de ses proches et explique la façon dont les traitements prescrits ont déployé des effets favorables sur ses crises de panique et son anxiété notamment.

Disposant ainsi d'une compréhension complète de l'état de santé de l'assurée, l'expert énonce clairement les circonstances lui permettant de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique. Aussi ce diagnostic est-il dûment motivé en référence aux critères de classification de la CIM-10 et au regard du status de l'assurée, qui révèle une humeur triste et déprimée, une anxiété générale, une peur d'être entourée de nombreuse personnes associée à des angoisses de type panique, une fatigue fréquente et baisse d'énergie, une diminution de la capacité de concentration et une faible estime de soi. L'intensité du trouble psychique est par ailleurs valablement évaluée compte tenu de l'impression de vitalité, de la capacité de modulation affective ainsi que de l'ensemble des circonstances effectivement documentées au jour de l'expertise, où l'assurée se montre capable de sourire et ne souffre pas d'une tristesse permanente. Dans ce contexte, l'expert explique au demeurant pertinemment les raisons exigeant d'écarter les autres diagnostics psychiques retenus par ses confrères – notamment celui d'état de stress post-traumatique – en recourant aux critères diagnostics de la CIM-10.

Quant aux répercussions des atteintes psychiques sur la capacité de travail de l'assurée, l'expert les a dûment circonscrites en référence au nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs. Outre les éléments inhérents au diagnostic d'épisode dépressif léger, le degré de gravité de l'atteinte psychique est ainsi examiné eu égard à son interaction avec la sclérose en plaques dont souffre l'assurée, cette maladie ayant dans un premier temps surtout favorisé les troubles de l'humeur, avec l'apparition d'états de panique associés aux manifestations physiques de la maladie. Les effets du traitement psychique mis en place sont également pris en considération par le Dr L. \_\_\_\_\_, qui en admet le caractère adéquat et observe sa bonne efficacité sur la symptomatologie de l'assurée, qui s'est nettement améliorée au cours des six derniers mois – soit depuis le début de l'année 2020 – et apparaît moins sévère que celle précédemment dépeinte par les autres spécialistes consultés. En outre, les ressources personnelles de l'assurée et son contexte social sont dûment pris en compte par l'expert, qui note en particulier une bonne intégration et un fonctionnement psychosociale intact. Finalement, les indications fournies par l'assurée et la description de ses plaintes sont jugées largement cohérentes et plausibles, corroborées notamment par une bonne participation

au suivi thérapeutique mis en place en 2017 et des limitations se manifestant de manière égale dans tous les domaines de la vie (« Aus rein psychiatrischer Sicht lässt sich keine ungleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen Lebensbereichen nachweisen »).

Pour le surplus, se référant au résultat de ses observations, le Dr L. \_\_\_\_\_ a exposé de façon circonstanciée la manière dont les troubles psychiques de l'assurée influencent concrètement sa capacité de travail. On comprend ainsi aisément que les plaintes liées au trouble dépressif récurrent « sur fond de stress dû à la sclérose en plaques » entraînent non pas une incapacité de travail complète comme l'a retenu le Dr J. \_\_\_\_\_ en tenant compte à tort des atteintes somatiques, mais uniquement une légère diminution de la résistance psychophysique. Aussi cet état se traduit-il par une capacité de travail réduite à 85 % – soit une activité quotidienne d'une durée de 7 heures maximum – depuis l'amélioration de l'état de santé survenue au début de l'année 2020, avant quoi la capacité de travail était réduite de 40 % eu égard à une symptomatologie plus sévère sous l'angle de l'anxiété, de l'humeur et de la capacité de modulation émotionnelle essentiellement.

**5.1.3** A la suite de l'office AI, on constate ainsi que les expertises des Drs L. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ sont convaincantes lorsque prises séparément (sur la valeur probante d'une expertise partielle, cf. ATF 143 V 124). Contrairement à l'opinion de l'autorité précédente, les conclusions consensuelles articulées par les experts à l'issue d'un entretien téléphonique ne sauraient toutefois être prises en considération. En ce qu'elle retient que « les évaluations de l'expertise neurologique peuvent être reprises intégralement dans le cadre d'un consensus bidisciplinaire », l'appréciation conjointe – au demeurant dépourvue de motivation – se place en effet en contradiction avec les conclusions de l'expertise psychiatrique. Certes, les répercussions de nature neurologique – soit la diminution quantitative de la capacité de travail de l'ordre de 30 à 40 % – englobent vraisemblablement celles attestées au plan psychique depuis le mois de janvier 2020, période à partir de laquelle l'exercice à 85 % de l'activité habituelle de l'assurée est tenue pour exigible par le Dr L. \_\_\_\_\_. La situation est en revanche différente pour la période antérieure à l'année 2020, où ce dernier médecin évalue à 40 % l'incapacité de travail due aux troubles psychiques diagnostiqués. En d'autres termes, les conclusions neurologiques semblent pouvoir être reprises au plan consensuel uniquement à compter de l'amélioration de l'état de santé attestée dès janvier 2020 au plan psychique ; avant cela et selon l'expertise partielle du Dr L. \_\_\_\_\_, les atteintes psychiques

avaient en effet davantage d'incidence sur la capacité de travail que les atteintes somatiques.

**5.2** Cela étant, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité précédente pour qu'elle procède – avec le concours de l'office AI cantonal – au complément d'expertise qui s'impose, soit qu'elle invite les Drs L. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ à fournir une évaluation consensuelle plus précise de la capacité de travail résiduelle de l'assurée (sur les conditions du renvoi en cas de complément d'expertise, cf. art. 61 PA ainsi que les ATF 139 V 99 consid. 1.1 et 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Singulièrement, il s'agira pour les experts de procéder à un examen rétrospectif de l'état de santé de la recourante afin de déterminer l'évolution de sa capacité de travail au regard de l'ensemble de ses atteintes. A cette fin, toutes les circonstances pertinentes seront prises en considération et expressément discutées par les experts, en particulier l'évolution du taux d'occupation de l'assurée, réduit à 60 % dès 2015 pour des motifs de santé (cf. consid. B.d ci-dessus). Aussi les spécialistes consultés tâcheront-ils d'évaluer le taux d'occupation encore exigible avec davantage de précision, étant entendu que la diminution de la capacité de travail de l'ordre de 30 à 40 % articulée par le Dr K. \_\_\_\_\_ est équivoque sous l'angle du droit aux prestations et ne saurait en particulier être assimilée simplement à une diminution de la capacité de travail de 35 % comme l'a retenu l'autorité précédente à la suite de son service médical.

## **6.**

En définitive, le recours doit être admis et la décision du 16 mars 2021 annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

## **7.**

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). En application des art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), une indemnité de dépens est par ailleurs allouée d'office à la recourante et est fixée à Fr. 1'000.- eu égard au travail consacré à l'affaire.

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

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

**2.**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée à la recourante avec l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Une indemnité de dépens de Fr. 1'000.- est allouée à la recourante à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

**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 :