**Bundesverwaltungsgericht**
**Tribunal administratif fédéral**
**Tribunale amministrativo federale**
**Tribunal administrativ federal**

Cour III
C-2027/2022

# Arrêt du 6 septembre 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

**A._____**, (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 11 avril 2022).

## Faits :

### A.

**A.a** A._____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), de nationalité suisse et française et domiciliée en France depuis le 30 décembre 2020 (OAI-B._____ pce 169), née le (…) 1960, est divorcée et mère d'un enfant majeur (né en 2000). Titulaire d'un CFC de technicienne pour dentistes (OAI-B._____ pce 1), l'intéressée a travaillé en Suisse dès l'année 1978 et a exercé cette activité en tant qu'indépendante dès l'année 1993 (OAI-B._____ pce 7), cotisant ainsi à l'assurance-invalidité et à l'assurance-vieillesse et survivants suisses (AI/AVS) pendant plus de 30 ans (cf. extrait du compte individuel du 5 novembre 2019 [OAI-B._____ pce 129]). En dernier lieu, soit dès le 15 février 2019, l'assurée a travaillé en qualité de collaboratrice d'accueil et d'admissions, à raison de 100%, auprès de l'Hôpital de (…), siège du C._____ (ci-après ; C._____ ; OAI-B._____ pce 125 p. 3).

**A.b** En date du 23 septembre 2015, l'intéressée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de B._____ (ci-après : OAI-B._____) en indiquant souffrir d'une dépression sévère et d'un burn-out et être en incapacité de travail totale depuis le 25 mars 2015 (OAI-B._____ pce 7). Il ressort des pièces relatives à cette procédure que l'activité habituelle en tant que technicienne-dentaire indépendante n'était plus adaptée mais celle-ci restait exigible en tant que salariée à raison de 100% (OAI-B._____ pces 27 et 36). L'OAI-B._____ a mis en place diverses mesures professionnelles et l'assurée a été engagée, dès le 1er février 2017, à raison de 100%, en bénéficiant d'une allocation d'initiation au travail, en tant que technicienne-dentaire salariée par l'employeur auprès duquel elle avait été placée à l'essai dès le 18 juillet 2016 (cf. not. OAI-B._____ pces 43, 52-53, 96-98, 106, 120). Par communication du 9 août 2017, l'OAI-B._____ a informé l'assurée que sa réadaptation professionnelle était achevée avec succès et qu'elle pouvait réaliser un revenu excluant le droit à la rente (OAI-B._____ pce 121). Il ressort de la note d'entretien du 25 août 2017 que l'intéressée a repris son activité habituelle en tant qu'indépendante sans indication d'une date précise pour la reprise de cette activité (OAI-B._____ 122).

**A.c** Le 14 avril 2019, l'assurée a été victime d'une chute chez elle dans les escaliers (OAI-B._____ pce 125 p. 3). En incapacité de travail depuis lors, son cas a été pris en charge par l'assurance-accident et son contrat

de travail a été résilié avec effet au 18 juillet 2019 (OAI-B._____ pce 125 p. 6).

**B.**

**B.a** En date du 28 octobre 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, datée du 1er octobre 2019, auprès de l'OAI-B._____ en mentionnant souffrir d'une fracture tri-malléolaire de la cheville gauche depuis le 15 avril 2019 (OAI-B._____ pce 125 p. 3 ; pces 127 et 139).

**B.b** Il ressort de l'instruction effectuée par l'OAI-B._____ qu'à la suite de sa chute dans les escaliers, l'intéressée souffrait d'une fracture tri-malléolaire de la cheville gauche et qu'elle a été suivie pendant toute la période de convalescence par les médecins du service d'orthopédie et de traumatologie du C._____. Selon les rapports médicaux du C._____, l'assurée a été opérée le 24 avril 2019, laquelle consistait en une réduction ouverte et ostéosynthèse de la fracture tri-malléolaire de la cheville gauche, avec une évolution lente, mais favorable, et elle a bénéficié de la physiothérapie et de l'ergothérapie. Les radiographies de contrôle étaient satisfaisantes, sans complication et avec une fracture consolidée et une ostéopénie diffuse. S'agissant des contrôles post-opératoires, il est rapporté que l'intéressée marchait avec une légère boiterie, s'aidant occasionnellement d'une canne axillaire et ne pouvant pas marcher plus de 45 minutes en raison d'une gêne interne, mais que les cicatrices étaient propres et calmes, sans anomalie à l'inspection. En outre, les médecins du C._____ ont estimé dans leur rapport du 14 mai 2020 que la capacité de travail de l'assurée dans une activité administrative était de 100%. Afin d'exclure toute implication du matériel dans la gêne ressentie lors des positions prolongées debout, les médecins du C._____ ont proposé à l'intéressée une opération, soit l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Dite opération a été réalisée le 19 juin 2020 au C._____. Les contrôles effectués à la suite de cette seconde opération démontraient une bonne évolution locale, avec les cicatrices calmes, non inflammatoires et l'absence de troubles neurovasculaires (OAI-B._____ pce 125 pp. 17-24 ; pce 146 pp. 18-19 ; pce 151 pp. 5-6 ; pces 153 et 160 ; pce 175 pp. 2-3).

En outre, l'intéressée a été examinée le 16 décembre 2019 par le Dr D._____ (ci-après : Dr D._____), FMH chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accident. Le Dr D._____ a notamment relevé un bilan du jour très satisfaisant, sans complication radiologique

(radiographie de la cheville gauche réalisée le 16 décembre 2019 [OAI-B._____ pce 146 p. 20]), des troubles trophiques de la cheville étant mineurs, des amplitudes articulaires satisfaisantes, une discrète boiterie et une persistance d'une atrophie très modérée du mollet. S'agissant de la capacité de travail, le Dr D._____ indique qu'une reprise du travail est possible dans une activité sédentaire, exercée de préférence en position assise, permettant tout de même le changement de position (assis/debout) pour dérouiller la cheville et permettre un meilleur drainage veineux/lymphatique, éventuellement par de petits déplacements au sein de l'entreprise. Ce spécialiste a relevé que les limitations fonctionnelles étaient respectées dans l'activité de collaboratrice d'accueil au C._____ et de technicienne-dentaire. Afin de respecter le principe d'adaptation progressive, il a proposé une reprise de travail par palier, soit à 50% actuellement et à 100% dans un délai d'un mois (OAI-B._____ pce 146 pp. 12-17).

Selon le rapport médical du 20 avril 2020 de la Dre E._____ (ci-après : Dre E._____), médecin généraliste, l'intéressée se plaignait de la persistance d'un œdème du membre inférieur gauche associé à des douleurs de la cheville gauche malgré le traitement par port de bas de contention et de la physiothérapie. En outre, il est rapporté que l'assurée souffrait d'un état anxiodépressif réactionnel relatif à l'accident du 14 avril 2019 et qu'elle était suivie par une psychiatre depuis le mois de mars 2020. Enfin, la Dre E._____ a estimé que, sur le plan somatique, la capacité de travail de l'intéressée était d'environ 50% et que, sur le plan psychiatrique, cette capacité était proche de 0% (OAI-B._____ pce 151 pp. 3-4).

Il ressort en substance des rapports médicaux (du 7 mai 2020 [OAI-B._____ pce 152 pp. 1-7], du 28 juin 2020 [OAI-B._____ pce 158] et du 16 février 2021 [OAI-B._____ pce 173 pp. 2-3] de la Dre F._____ (ci-après : Dre F._____), psychiatre et psychothérapeute FMH, que l'assurée souffrait de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques (depuis le jeune âge, épisode actuel depuis fin 2019), trouble de la personnalité état limite de type impulsif et borderline (depuis le jeune âge), de difficultés liées à l'environnement professionnel (depuis 2015) et à une enfance difficile (depuis son jeune âge) et de consommation de l'alcool nocive (jusqu'à une bouteille du Rosé par jour, voire plus en cas de contrariété ou d'angoisses). Les limitations fonctionnelles étaient troubles du sommeil et de la mémoire, diminution de la capacité de concentration, de gestion, d'anticipation et d'organisation, des angoisses (peurs et scénarios négatifs du futur), le manque de

confiance en soi et des relations interpersonnelles difficiles. Il est également rapporté que l'intéressée est isolée totalement, n'a pas d'amis ni de relation avec sa famille et une relation problématique avec son fils. La Dre F._____ a indiqué que la capacité de travail était de 20% et que l'intéressée ne pouvait pas faire le ménage en raison des douleurs et œdèmes à la cheville, faisait rarement la lessive, préparait le repas pour son fils, et les courses étaient partagées entre l'intéressée et son fils.

**B.c** Invitée à se prononcer sur le dossier médical de l'assurée, la Dre G._____ (ci-après : Dre G._____), médecin du SMR et de spécialisation inconnue, a indiqué que sur le plan somatique, il n'y avait aucune raison médicale de s'écarter de l'évaluation d'une capacité de travail dans une activité adaptée (activité sédentaire de type administratif) à 100% retenue par le médecin-conseil de l'assureur-accident et par l'orthopédiste traitant. La Dre G._____ a relevé que sur le plan psychiatrique, une expertise psychiatrique était nécessaire afin d'évaluer objectivement la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée (OAI-B._____ pce 177).

**B.d** L'expertise psychiatrique a été réalisée les 7 et 14 juillet 2021 par le Dr H._____ (ci-après : Dr H._____), psychiatre et psychothérapeute FMH, en association avec la psychologue FSP I._____ (ci-après : psychologue I._____). Selon le rapport d'expertise du 20 septembre 2021, le Dr H._____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique depuis avril 2019 au présent (F33.11), un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé (F61), une phobie sociale légère (F40.1), des troubles paniques hebdomadaires, sans impact sur le quotidien (F41.0) et une dépendance éthylique, utilisation épisodique (F10.26). L'expert psychiatrique n'a pas retenu de limitations fonctionnelles significatives et a relevé que la capacité de travail était de 100% sans diminution de rendement depuis le mois d'avril 2019 (OAI-B._____ pce 191 pp.42 et 49).

**B.e** Invitée à se prononcer sur le rapport d'expertise du 20 septembre 2021, la Dre G._____ a rapporté en substance que l'expertise psychiatrique était cohérente et convaincante et a conclu à une absence de limitations fonctionnelles psychiatriques. Sur le plan somatique, la Dre G._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : éviter une activité physique lourde et privilégier la position assise avec alternance de

position assise/debout. Relatives à ces limitations, la Dre G._____ a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% et celle dans une activité sédentaire (de type « bureau ») était entière en respectant les limitations fonctionnelles du membre inférieur (OAI-B._____ pce 195).

Selon le rapport de réadaptation finale et la communication interne du 25 janvier 2022, la capacité de travail de l'intéressée est de 100% dans son activité habituelle de technicienne-dentaire. Il ressort de ces pièces que la Dre G._____ pensait que l'assurée exerçait une activité d'assistante-dentaire, laquelle s'effectue au fauteuil du patient en position debout quasi continue et ne serait pas adaptée à la situation de l'assurée. Après une brève description, faite par la gestionnaire du dossier de l'assurée, concernant la nature de l'activité de technicienne-dentaire ainsi que des positions de travail et des charges physiques impliquées, la Dre G._____ a confirmé que l'activité habituelle est exigible à 100% (OAI-B._____ pces 202 et 203).

**B.f** Par projet de décision du 8 février 2022, l'OAI-B._____ a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations AI et de refuser de lui allouer des mesures professionnelles (OAI-B._____ pce 209).

**B.g** Par courrier électronique du 15 février 2022, l'assurée s'est opposée sommairement audit projet de décision, en prévenant qu'elle ferait parvenir des documents médicaux et ses objections complémentaires par courrier (OAI-B._____ pce 211). Dans le délai imparti par l'OAI-B._____, l'assurée n'a produit aucun élément complémentaire.

**B.h** Par décision du 11 avril 2022, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidants à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a confirmé le projet de décision du 8 février 2022 (OAI-B._____ pce 237).

**C.**

**C.a** Par acte du 2 mai 2022 (timbre postal), l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAIE du 11 avril 2022 par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal) en indiquant en substance ne pas pouvoir travailler et demandant l'assistance judiciaire. A l'appui de son recours, l'intéressée a produit un rapport de stage du 22 avril 2022, un certificat de travail du 18 juillet 2019 ainsi que les copies de ses lettres adressées au commissariat de police afin d'obtenir une copie d'un rapport

d'intervention des 3 et 4 mars 2022. En outre, elle a produit également deux rapports médicaux des 3 mars et 14 avril 2022 rapportant en substance que l'intéressée a consulté pour un bilan post-altercation avec les forces de l'ordre françaises, qu'elle présentait un état anxieux et des lésions cutanées au niveau des deux poignets correspondant aux contentions des menottes (annexes à TAF pce 1).

**C.b** Par ordonnance du 24 mai 2022, le Tribunal a invité la recourante à remplir le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » dans les 30 jours dès réception de ladite ordonnance (TAF pce 3).

Par décision incidente du 2 novembre 2022, le Tribunal a rejeté la demande d'assistance judiciaire de la recourante et l'a invitée à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de ladite décision incidente, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 13). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 14).

**C.c** Par réponse du 31 janvier 2023, l'OAIE a transmis au Tribunal le dossier complet de la cause pour la deuxième fois – ce dossier étant plus récent, le Tribunal s'y référera dans le cadre de la présente procédure –, la prise de position du 23 janvier 2023 de l'OAI-B._____ et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 17).

**C.d** Constatant l'absence de réaction de la recourante pour répliquer dans le délai impartit, le Tribunal a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction, par ordonnance du 24 mars 2023 (TAF pce 20).

**D.**
Les autres faits et arguments pertinents de la cause sont retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

## Droit :

**1.**

**1.1** Selon l'art. 31 LTAF, sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, non réalisées en l'espèce, et en relation avec les art. 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. 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 LPGA (RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

**1.3** Conformément à 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** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 20, 22*a* et 50 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

**2.**
L'objet du présent litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité suisse, respectivement si la décision querellée du 11 avril 2022 se révèle bien fondée.

**3.**
Le Tribunal administratif fédéral définit, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3$^{e}$ éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2$^{e}$ éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3$^{e}$ éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

**4.**

**4.1** Compte tenu des éléments d'extranéité 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 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

**4.2** Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure au changement et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis : ATF 130 V 445). Dès lors qu'en l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue le 11 avril 2022, la présente cause doit en principe être examinée à l'aune des nouvelles dispositions légales du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), pour la période suivant le 1er janvier 2022, et, s'il y a lieu de statuer sur des droits nés jusqu'au 31 décembre 2021, au regard des normes alors déterminantes. La lettre c des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 est toutefois réservée, la recourante, née en 1960, étant âgée de 61 ans le 1er janvier 2022. Selon cette disposition, l'ancien droit reste applicable aux bénéficiaires de rente dont le droit est né avant l'entrée en vigueur de la modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de celle-ci.

**4.3** S'agissant des nouvelles règles de procédure, celles-ci s'appliquent en règle générale pleinement dès leur entrée en vigueur aux causes qui sont encore pendantes, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 137 II consid. 7.4.5 ; 130 V 1 consid. 3.2 ; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8e édition, 2020, n° 296 s. ; MOOR/FLÜCKIGER/MARTENET, Droit administratif, Vol. I, Les fondements généraux, 2012, p. 186 s.).

**5.**
Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans (cf. OAI-B._____ pce 129). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi.

**6.**

**6.1** 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 pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

**6.2** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

**6.3** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**6.4** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28*a* al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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 (méthode générale). Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

**6.5**

**6.5.1** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). A l'inverse, si l'expert psychiatre identifie un phénomène d'exagération des symptômes ou une constellation similaire chez l'intéressé, aucune atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance ne peut être reconnue (motifs d'exclusion ; ATF 141 V 281 consid. 2.2).

**6.5.2** Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ss) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 ss) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (arrêt du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 ; cf. affections psychosomatiques : ATF 141 V 281 ; toutes les affections psychiques : ATF 143 V 418, aussi les troubles dépressifs de degré moyen ou léger : ATF 143 V 409 ; les syndromes de dépendance : ATF 145 V 215) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi conçu un

catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La première catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités ; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la seconde catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

**6.5.3** En outre, le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid 4.4 et 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**6.5.4** La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif selon l'ATF 141 V 281 lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi à la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il ne faut pas non plus procéder à un examen normatif structuré lorsque l'assuré présente notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018).

**6.6**

**6.6.1** Selon l'art. 69 al. 2 RAI (RS 831.201), l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation.

**6.6.2** Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

**6.6.3** S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2$^{bis}$ LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2$^{bis}$ LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens

de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

**6.6.4** Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**6.6.5** Selon la formule consacrée par la jurisprudence, l'expert médical a pour tâches d'informer le juge ou l'administration sur des règles d'expérience ou sur des notions relevant de son domaine d'expertise, d'élucider pour le tribunal ou les organes administratifs des questions de fait dont la vérification et l'appréciation exigent des connaissances spéciales – scientifiques, techniques ou professionnelles – ou de tirer, sur la base de ses connaissances, des conclusions sur des faits existants. L'expert répond exclusivement aux questions de fait qui relèvent de son domaine de compétences ; la résolution des questions juridiques incombe en revanche au juge ou à l'administration. En outre, l'expert doit éviter tout fait ou comportement pouvant susciter un doute quant à son impartialité, laquelle requiert l'indépendance, l'objectivité et la neutralité (arrêts du TF 8C_448/2015 du 17 décembre 2015 consid. 4.2 ; I 195/05 du 20 décembre 2006 consid. 4.4 ; JACQUES OLIVIER PIGUET, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 44 n° 10 pp. 551-553).

**6.6.6** Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette

constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. citées ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

**6.7** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur 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 donc 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 139 V 176 consid. 5.3).

**7.**

**7.1** Lorsque la rente a été refusée par une précédente décision parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3).

**7.2** Si l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2) et doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 64 consid. 2 ; 117 V 198 consid. 3a ; notamment : arrêts du TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 2 ; I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 ; 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2).

Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est formé par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (pour autant qu'il existait des indices selon lesquels la capacité de travail résiduelle était modifiée). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

**7.3** En l'espèce, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande du 28 octobre 2019. Le dernier examen matériel du droit à la rente de la recourante a été effectué par communication du 9 août 2017 (OAI-B._____ pce 121). A ce moment-là, la première demande de prestations avait été rejetée après un examen approfondi des pièces produites. Sur le plan médical, l'OAI-B._____ avait retenu que l'intéressée présentait à partir du 23 février 2016 une capacité de travail entière dans son activité habituelle de technicienne-dentaire en tant que salariée (cf. rapport SMR du 23 février 2016 [OAI-B._____ pce 36] et rapport final REA du 30 janvier 2017 [OAI-B._____ pce 96]) et l'assurée a bénéficié de mesures professionnelles et a été engagée par l'employeur auprès duquel elle avait été placée (OAI-B._____ pces 43, 52-53, 96-98, 106 et 120). Sur le plan économique, l'OAI-B._____ a comparé le revenu d'indépendant de 102'593 francs (OAI-B._____ pce 118) au revenu de salariée de 91'000 francs (OAI-B._____ 120) et a conclu que l'intéressée pouvait réaliser un revenu excluant le droit à la rente. Cette communication est entrée en force de chose décidée, n'ayant pas été attaquée par recours. Par conséquent, il sied d'examiner si la recourante a subi une modification de sa situation depuis le 9 août 2017 et si cette modification est propre à influer sur son droit à une rente d'invalidité.

**8.**

**8.1** L'autorité inférieure a rejeté par décision du 11 avril 2022 la nouvelle demande de prestations d'invalidité de l'intéressée aux motifs que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles avant la fin du délai d'attente d'une année et que son activité de technicienne-dentaire étant adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assurée ne présentait pas de préjudice économique (OAI-B._____ pce 237).

Procédant à l'instruction de la nouvelle demande du 28 octobre 2019, l'OAI-B._____ a recueilli notamment la documentation médicale consécutive à l'accident non-professionnel du 14 avril 2019 jusqu'à la décision litigieuse du 11 avril 2022 (cf. supra consid. B.b à B.e). Sur le plan somatique, l'autorité inférieure s'est fondée sur la base des documents médicaux produits par l'assurée et de l'avis du SMR. Cependant, sur le plan psychiatrique, une expertise a été réalisée en juillet 2021. Partant, il sied dans un premier temps d'analyser si le rapport d'expertise du 20 septembre 2021 peut se voir reconnaître pleine valeur probante à la lumière des exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus.

**8.2** L'expertise psychiatrique a été établie par le Dr H._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, en association avec la psychologue I._____, portant particulièrement sur la période du 21 mai 2015 au 14 avril 2021 (OAI-B._____ pce 191 pp. 2, 6-7). L'expert avait donc pleine connaissance des diagnostics et des limitations fonctionnelles de la recourante et dispose de la formation et de toutes les connaissances nécessaires pour juger valablement de l'état de santé, de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles de la recourante.

D'emblée, il sied de relever qu'une tierce personne a participé à l'expertise sans que son nom ne soit communiqué à l'assurée à l'avance. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties et la substitution ou le transfert (même partiels) du mandat d'expertise à un autre spécialiste par la personne mandatée suppose en principe l'autorisation de l'organe ou de la personne qui a mis en œuvre l'expertise (arrêt du TF 8C_596/2013 du 24 janvier 2014 consid. 6.1.2.1 et les références). Cependant, l'obligation d'exécuter personnellement le mandat d'expertise n'exclut pas que l'expert recoure à l'assistance d'un auxiliaire ("Hilfsperson"), qui agit selon ses instructions et sous sa surveillance, pour effectuer certaines tâches secondaires, par exemple assurer des tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche, de rédaction, de copie ou de contrôle. Une telle assistance fournie par un tiers compétent pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumise à l'accord de l'assureur, pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté (cf. arrêt du TF I 874/06 du 8 août 2007 consid. 4.1.1). Il est en effet essentiel que l'expert mandaté accomplisse personnellement les

tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance (arrêt du TF 9C_413/2019 du 4 décembre 2019 consid. 4.2 et 4.2.2). Il ressort de ces principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGA, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté, que l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise (arrêt du TF 9C_413/2019 du 4 décembre 2019 consid. 4.2.3).

En l'espèce, à la lecture du rapport d'expertise du 20 septembre 2021, on constate que la psychologue I._____ a participé à l'expertise et l'a signée (OAI-B._____ pce 191 pp. 2 et 51). On constate également que le rapport d'expertise ne précise pas les activités effectuées par la psychologue I._____. Aussi, il n'est pas clair qui, de l'expert mandaté ou de la psychologue, a accompli les tâches fondamentales d'expertise. Par conséquent, la procédure d'expertise et le rapport d'expertise semblent être entachés d'un défaut formel, affectant la valeur probante de l'expertise.

**8.3** S'agissant du contenu du rapport d'expertise du 20 septembre 2021, après une synthèse du dossier (OAI-B._____ pce 191 pp. 8-13), le rapport d'expertise contient les plaintes spontanées et sur demande de la recourante et l'anamnèse systémique, psychiatrique et/ou somatique, portant également sur la consommation de substance psychotropes (OAI-B._____ pce 191 p. 14 ss). En substance, le Dr H._____ mentionne que l'intéressée décrit l'apparition d'un premier épisode dépressif et d'une prise en charge psychiatrique à l'âge de 25 ans, après avoir découvert que sa sœur et son frère ainés avaient été victimes des abus sexuels de la part de leur père. En 2000, l'assurée a également suivi une psychothérapie à la suite d'une rupture sentimentale. Le troisième épisode dépressif est apparu en 2015 en raison d'une accumulation de difficultés professionnelles dans son activité de technicienne-dentaire indépendante. Depuis le mois d'avril 2019, l'assurée décrit un quatrième épisode dépressif à la suite de la fracture de sa cheville gauche et des conséquences y relatives, en particulier des problèmes financiers en lien avec la perte de son emploi et des douleurs au niveau de la cheville gauche. La recourante décrit une tristesse et des angoisses, avec une

impulsivité et une intolérance à la frustration depuis le début de l'âge adulte et le dernier épisode dépressif en 2015 avant sa rechute actuelle depuis le mois d'avril 2019 au présent. Elle mentionne également un sentiment de solitude avec des difficultés à gérer ses émotions, une irritabilité importante, des difficultés dans les relations interpersonnelles depuis l'adolescence et des troubles de la concentration fluctuants. L'intéressée se plaint de dépendance éthylique avec utilisation épisodiques depuis le début de l'âge adulte, avec des abus épisodiques d'alcool deux à trois fois par semaine, et indique que ses consommations d'alcool ont favorisé un isolement social partiel. En outre, l'assurée se plaint d'une phobie sociale modérée et son traitement médicamenteux est composé d'Escitalopram 10 mg et Distraneurin (clomethiazol). Sur le plan somatique, hormis l'accident non-professionnel du 14 avril 2019, l'intéressée a également déclaré s'être cassée le poignet durant l'été 2020 et que ces atteintes la limitaient dans les activités physiquement lourdes (OAI-B._____ pce 191 pp. 14-16 et 18).

S'agissant de l'anamnèse et des relations familiales, le Dr H._____ rapporte que le frère et la sœur aînés de l'intéressée se sont suicidés à la suite des traumas d'enfance, ses parents sont décédés de vieillesse et que l'intéressée n'a que très peu de contacts avec sa sœur aînée, encore en vie. La recourante est divorcée et mère d'un fils, lequel vit en Suisse et suit des études universitaires. La relation entre la mère et le fils est décrite comme étant compliquée, ce dernier étant dénigrant et agressif verbalement envers sa mère (OAI-B._____ pce 191 pp. 18-19).

**8.4** Le Dr H._____ constate en substance que les fonctions cognitives sont dans la norme, sans troubles de la concentration objectivables, de la mémoire au cours des entretiens d'expertise, du cours ou du contenu de la pensée et qu'il n'y a pas de signes visibles d'anxiété. Il retient que l'assurée présente une tristesse modérée, parfois légère, mais présente la plupart de la journée, une diminution de la confiance en soi depuis toujours, celle-ci étant plus basse depuis le mois d'avril 2019 au présent, un évitement des situations sociales chargées avec une phobie sociale légère et une vision pessimiste de son avenir professionnels avec des avantages secondaires clairement exprimés en estimant ne pas pouvoir trouver un emploi adapté à son âge après une pause professionnelle, tout en ayant du temps pour récupérer après ses abus éthyliques. En outre, l'expert relève que l'intéressée a conservé certains plaisirs de la vie quotidienne, tels que passer de bons moments en famille, avec des amis, lors des promenades, regarder la télévision et faire du bénévolat (OAI-B._____ pce 191 p. 27-28).

A l'examen, le Dr H._____ effectue divers examens psychométriques (par exemple matrices de RAVEN, questionnaires DETA et AUDIT, échelles de Hamilton pour la dépression et l'anxiété) et se réfère aux critères de la CIM-10 (OAI-B._____ pce 191 pp. 29-41). S'agissant de l'analyse sanguine, le psychiatre déclare que la prise de sang n'a pas été effectuée dans la mesure où l'assurée l'a refusée (OAI-B._____ pce 191 p. 41). Sur cette base, l'expert psychiatrique retient les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis le mois d'avril 2019 au présent (F33.11), trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé (F61), phobie sociale légère (F40.1), troubles paniques hebdomadaires (F41.0) et dépendance éthylique, utilisation épisodique (F10.26) et n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail (OAI-B._____ pce 191 p. 42). S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr H._____ n'en retient aucune au motif qu'il objective uniquement une tristesse subjective fluctuante ou légère sans répercussions sur le quotidien, une impulsivité modérée, une phobie sociale légère, des difficultés de concentration subjectives, une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans isolement social total, mais partiel tout au plus et sans limitations objectivables avec des attaques de panique hebdomadaires (OAI-B._____ pce 191 p. 42).

Le Dr H._____ ne retient aucune incohérence chez l'intéressée, qui n'exagère pas la journée type ou les activités encore possibles mais ajoute que la seule incohérence étant une demande AI, en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables chez une assurée qui gère son quotidien sans difficultés objectives en dehors des activités physiquement lourdes depuis le mois d'avril 2019 au présent, s'occupant des courses, des repas, du ménage, de l'administratif et conduisant la voiture. Cependant, le Dr H._____ retient des discordances entre une capacité de travail diminuée ou nulle selon la psychiatre traitante et les activités possibles durant une journée type ainsi que le fait que l'assurée a travaillé comme gouvernante à raison de 80% durant une période où sa psychiatre estimait que la capacité de travail était nulle. A cet égard, l'intéressée a déclaré avoir commencé cette activité pour des raisons financières même si son état psychique n'avait pas changé et avoir dû renoncer à cet emploi pour des raisons somatiques et non pas psychiques, ceci plaidant indirectement pour le fait que la capacité de travail n'est pas diminuée pour des raisons psychiques selon l'expert. En outre, le Dr H._____ relève que malgré l'existence d'une dépendance éthylique, l'assurée arrive à

gérer son quotidien sans aide et ne pas consommer d'alcool lorsqu'elle conduit un véhicule (OAI-B._____ pce 191 p. 47 ss).

Le Dr H._____ examine ensuite les indicateurs des troubles somatoformes douloureux persistants selon la jurisprudence du Tribunal fédéral et conclut que les indices jurisprudentiels de gravité des troubles dépressifs récurrents, épisode moyen, dans un contexte de trouble mixte de la personnalité et les indices jurisprudentiels pour les dépendances ne sont pas remplis (OAI-B._____ pce 191 p. 43-45).

**8.5** Le Tribunal constate que le rapport d'expertise du 20 septembre 2021 comporte plusieurs contradictions et affirmations inexactes.

Sur la base des critères de la CIM-10 pour la dépression et l'échelle de dépression de Hamilton, le Dr H._____ retient que les critères de diagnostics sont remplis pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique depuis avril 2019 au présent (OAI-B._____ pce 191 p. 32-34). Concernant les critères de la CIM-10, soit les critères majeurs (tristesse, intérêt/plaisir et énergie) et mineurs (confiance/estime, culpabilité, concentration, idées de mort, ralentissement/agitation, sommeil et appétit) de la dépression, l'expert retient que la tristesse est présente une partie de la journée depuis le mois d'avril 2019 avec une intensité modérée dès lors que l'intéressée a conservé certains plaisirs au quotidien, le gérant sans difficultés, que l'intéressée décrit une estime de soi abaissée depuis le mois d'avril 2019, diminuée depuis toujours, et rapporte des idées noires passives sans projet de passage à l'acte (OAI-B._____ pce 191 pp. 32-34). Quant aux autres critères, le Dr H._____ indique qu'ils ne sont pas présents ou significatifs pour être retenus. Concernant le degré de gravité de la dépression, le score de l'échelle de Hamilton indique 19, ce qui correspond à une dépression modérée (OAI-B._____ pce 191 pp. 32-34). Cependant, quelques pages plus loin dans le rapport d'expertise, lorsque le Dr H._____ retient l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives au motif qu'il objective uniquement une tristesse subjective fluctuante ou légère sans répercussions sur le quotidien (OAI-B._____ pce 191 p. 42). Ainsi, le Tribunal constate que l'expert retient d'abord une tristesse modérée, présente une partie de la journée, mais il finit par conclure qu'elle n'est que subjective et qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles pour les troubles psychiatriques retenus. Par conséquent, il sied de constater que les explications du Dr H._____ portent confusion dès lors qu'il n'est pas clair si la tristesse dont souffre la recourante est objectivement présente pour retenir le diagnostic de la dépression selon

les critères de la CIM-10 ou pas et aussi si elle est présente mais qu'elle n'est pas significative pour limiter l'assurée dans sa vie quotidienne. Dans l'hypothèse où cette tristesse ne serait que subjective, cela signifierait que seuls les critères de la confiance en soi, considérée comme diminuée depuis toujours, et des idées de mort, en l'occurrence passives, seraient remplis pour la CIM-10. Ainsi, il semblerait que le Dr H._____ ait retenu un trouble dépressif récurrent sur la base de deux critères, qualifiés de mineurs, lesquels ne sont d'ailleurs aucunement motivés et reposent vraisemblablement sur des déclarations de l'intéressée, alors que selon les explications figurant au rapport d'expertise, *pour évoquer un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé au sens de la CIM-10, l'analyse des critères majeurs de la dépression selon la CIM-10 devrait révéler la présence des trois critères nécessaires* (cf. OAI-B._____ pce 191 p. 33). En outre, selon l'échelle de dépression de Hamilton, la dépression est considérée comme étant modérée. En conséquence, se pose donc la question de savoir sur la base de quel critère le Dr H._____ retient un trouble dépressif dans la mesure où les critères constatés ne sont plus retenus ou ne sont pas significatifs pour être retenus pour un tel trouble.

En outre, s'agissant du critère « intérêt et plaisir » de la CIM-10, soit une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables, il sied de constater que la motivation du Dr H._____ est sujette à questionnement. En effet, l'expert relève que l'intéressée a des plaisirs conservés en famille (*passe des bons moments avec son fils* [OAI-B._____ pce 191 p. 25]), avec des amis, lors de promenades, en regardant la télévision et lorsqu'elle fait du bénévolat (OAI-B._____ pce 191 p. 27 et 33). Sur la base de ces éléments, le Dr H._____ ne retient pas d'anhédonie. Toutefois, les conclusions tirées par l'expert psychiatrique ne correspondent pas aux informations figurant à l'anamnèse. En premier lieu, il sied de rappeler que les relations de l'intéressée avec son fils sont qualifiées de conflictuelles, depuis 2015 par ses médecins traitants (cf. OAI-B._____ pce 3 p. 5-6 et pce 152), par le Dr H._____ lors de l'expertise (OAI-B._____ pce 191 p. 19), que l'assurée déclare avoir des contacts occasionnels avec son fils (OAI-B._____ pce 191 p. 23), ce dernier vivant en Suisse et étant aux études, et l'aider financièrement. Ainsi, l'affirmation selon laquelle la recourante passe « des bons moments avec son fils » ne repose sur aucun élément avéré (OAI-B._____ pce 191 pp. 25 et 48). S'agissant des autres membres de la famille de l'intéressée, l'anamnèse familiale indique que les parents ainsi que le frère et la sœur aînés de l'assurée sont décédés et qu'elle n'a que très peu de contacts avec son autre sœur (OAI-B._____ pce 191 pp. 18-19). En outre, la recourante est célibataire (OAI-B._____

pce 191 p. 19). Par conséquent, il est difficile de comprendre sur la base de quel élément le Dr H._____ peut retenir que l'assurée a de bonnes ressources personnelles, en particulier elle aurait gardé de bonnes relations avec sa famille (cf. OAI-B._____ pce 191 p. 43 et 44). En ce qui concerne le bénévolat effectué par la recourante, celle-ci a notamment indiqué l'avoir commencé pendant la mi-juin avant de l'arrêter en considérant cette activité trop matinale et physique pour elle (OAI-B._____ pce 191 p. 20). Par conséquent, il semblerait que l'intéressée a interrompu ce loisir en raison de son état de santé. S'agissant du fait que l'intéressée regarde la télévision, le rapport d'expertise ne précise rien quant à un quelconque intérêt pour le suivi d'un événement particulier, d'une actualité ou d'une émission. Partant, l'expert ne convainc pas lorsqu'il déclare que l'intéressée a conservé du plaisir pour des loisirs.

S'agissant des difficultés d'endormissement alléguées par la recourante, le Dr H._____ a relevé qu'il n'existait pas de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne (OAI-B._____ pce 191 p. 33). Cependant, l'anamnèse établie met en avant le fait que l'intéressée se réveille entre 12h00 et 13h00 et qu'elle a arrêté l'activité de bénévolat en partie du fait qu'elle était limitée par le réveil matinal (OAI-B._____ pce 191 pp. 20, 22 et 25). Aussi, en raison de la dépendance éthylique, se pose la question de savoir si le réveil tardif de la recourante ne serait pas lié aux abus d'alcool, mais cette question est éludée par le Dr H._____, qui n'a pas rapporté d'explications à cet égard. Partant, l'expert ne démontre pas de manière suffisante l'absence de la répercussion des troubles du sommeil sur les activités de la vie quotidienne.

En ce qui concerne la journée type de la recourante, la description transcrite par l'expert psychiatrique ne mentionne presque aucun élément spatio-temporel ni aucune comparaison entre les activités réalisées avant et après l'atteinte à la santé (cf. OAI-B._____ pce 191 pp. 22-23). En effet, hormis le réveil, situé entre 12h00 et 13h00, et le fait que l'intéressée passe moins de temps avec ses amies qu'auparavant, la description de la vie quotidienne de la recourante ne donne aucune information concrète et détaillée d'une journée type. Le rapport d'expertise contient uniquement des actions réalisées (*fait le repas, le ménage, la lessive, regarde la télévision plusieurs heures par jour*, etc.) par l'intéressée sans qu'il ne soit mentionné ni une temporalité ni la fréquence de ces actions. De plus, le Dr H._____ souligne, de très nombreuses fois, le fait que l'intéressée évite les tâches lourdes physiquement dans les activités de la vie quotidienne. Mais là, encore, le rapport d'expertise ne mentionne pas de quel type d'activité il est question, ni par qui ces activités lourdes

physiquement sont réalisées en fin de compte. Il sied de relever que la description de la vie quotidienne de l'assurée est particulièrement importante dans le cas d'espèce dès lors que l'expert exclut les limitations fonctionnelles et le caractère non invalidant des troubles de l'intéressée en raison du fait qu'elle ne présente aucune limitation dans sa vie quotidienne. Concernant le manque de détail des activités de la vie quotidienne de l'assurée, ceci ne semble pas être le résultat de la mauvaise coopération de l'intéressée durant l'expertise, dès lors que celle-ci était bonne (OAI-B._____ pce 191 p. 26). Ainsi, le Tribunal constate que pour des raisons inconnues, la partie concernant les activités quotidiennes de l'intéressée est très superficielle, ce qui ne permet pas d'apprécier d'une manière concrète et circonstanciée les activités réalisées quotidiennement par l'assurée.

Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que les observations du Dr H._____ ne sont pas convaincantes puisqu'il s'écarte de ses propres constatations cliniques sans motivation concrète. En conséquence, il existe des doutes tant quant à l'existence d'un trouble dépressif que quant à la répercussion de cette atteinte - s'il devait effectivement y avoir atteinte à la santé sur ce point - sur la capacité de travail de l'intéressée.

Concernant la dépendance éthylique, le Dr H._____ a effectué un examen psychométrique pour la consommation d'alcool, soit les questionnaires DETA et AUDIT (OAI-B._____ pce 191 pp. 30-31). Il est rapporté que les réponses aux questions DETA permettent avec une probabilité de 95.5% de confirmer une dépendance éthylique et que le score du questionnaire AUDIT plaide pour la présence d'une consommation excessive d'alcool dans le sens d'une dépendance éthylique. L'expert retient ainsi une dépendance éthylique, utilisation épisodique plusieurs fois par semaine, et indique qu'il s'agit *d'une dépendance primaire, car elle a précédé de plus d'une décade les rechutes dépressives depuis le mois d'avril 2019, elle n'est pas accompagnée de troubles psychiques porteurs de limitations fonctionnelles significatives selon la journée type et après l'augmentation des consommations, il constate des aggravations thymiques et après la diminution des consommations des améliorations thymiques* (OAI-B._____ pce 191 pp. 30-31). L'expert psychiatrique indique qu'il n'y a pas de dommages irréversibles et qu'un bilan neuropsychologique apparaît comme étant inutile en tenant compte de la journée type chez une assurée qui peut conduire la voiture, gérer seule son administratif et obtenir un résultat au-dessus de la moyenne au test de matrices de RAVEN (OAI-B._____ pce

191 p. 45). Il sied de préciser que l'utilisation épisodique de l'alcool ne repose que sur les dires de la recourante comme le fait qu'elle ne consomme pas d'alcool lorsqu'elle conduit un véhicule et sa capacité de conduire un véhicule. Dans la mesure où le Dr H._____ retient que l'intéressée a une dépendance éthylique, utilisation épisodique depuis le début de l'âge adulte, il aurait fallu effectuer un examen plus approfondi quant à la question de savoir s'il existait des répercussions de cette consommation, qui peut au degré de la vraisemblance prépondérante être considérée comme étant de longue durée compte tenu de l'âge de la recourante, sur l'activité générale du cerveau. Partant, les observations de l'expert ne convainquent pas non plus sur ce point dans la mesure où il n'a pas effectué les investigations complètes.

Enfin, il sied également de souligner que dès les premières pages du rapport d'expertise, l'on constate que l'expertise n'est pas clairement structurée, dès lors que les commentaires sont déjà faits lors de la reproduction des indications de l'assurée et qu'il n'est donc pas toujours très clair de savoir ce qui constitue la base de l'expertise et ce qui relève de l'appréciation de l'expert.

**8.6** Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise du 20 septembre 2021 ne peut se voir accorder de valeur probante dès lors que tant formellement que matériellement, il ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles.

**8.7** Dans la mesure où la recourante n'a que sommairement contesté la décision du 11 avril 2022 et que les deux certificats médicaux produits concernent un événement unique, soit l'altercation de l'intéressée avec les forces de la police française le 3 mars 2022, et n'apportent aucune appréciation médicale quant aux atteintes à la santé de la recourante, il sied de ne pas s'attarder sur ces éléments.

S'agissant du rapport médical du SMR, il sied de constater que le rapport du 6 octobre 2021 confirme en tout point le rapport d'expertise du 20 septembre 2021 (OAI-B._____ pce 195 ; cf. également consid. B.e). Sur le plan somatique, la Dre G._____ s'aligne sur l'avis médical de ses confrères spécialistes en orthopédie et retient une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle en raison des limitations fonctionnelles relatives au membre inférieur. Etant précisé que la Dre G._____ ne connaissait pas la nature exacte de l'activité professionnelle exercée par l'assurée lorsqu'elle s'est prononcée sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. En effet, c'est la gestionnaire responsable du

suivi de la demande de l'assurée qui a fourni des informations pertinentes quant à la nature de l'activité professionnelle de l'intéressée et c'est à la suite de ces explications que la Dre G._____ a indiqué que la recourante avait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de technicienne-dentaire (OAI-B._____ pces 195, 202 et 203).

Au du plan somatique, lors de l'expertise psychiatrique, la recourante a indiqué s'être cassée le poignet durant l'été 2020 alors que le dossier médical ne contient pas une telle information. En outre, le Dr H._____ a également relevé que l'intéressée avait un BMI dans l'obésité. Le SMR ne s'est pas prononcé sur ces points, en particulier il n'est pas indiqué si ces atteintes ont une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, respectivement sur sa capacité de gain, ou pas.

**8.8** En conséquence, il convient de constater que l'instruction effectuée par l'OAI-B._____ n'est pas suffisante pour apprécier l'état de santé et les limitations fonctionnelles de la recourante dans son ensemble. En outre, le rapport d'expertise du 20 septembre 2021, ayant servi de base pour les décisions litigieuses, ne remplit pas les exigences fixées par la jurisprudence et ne pouvait pas se voir attribuer pleine valeur probante par l'autorité inférieure. En opérant le contraire, la décision attaquée se révèle être contraire au droit fédéral.

**9.**

**9.1** Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure

afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision.

**9.2** L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressée auprès de ses médecins traitants et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse, en particulier dans les domaines de la psychiatrie, de la neuropsychiatrie/neuropsychologie, de l'orthopédie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

L'autorité inférieure déterminera ensuite le taux d'invalidité ainsi que le droit de l'assurée à une rente d'invalidité tout en tenant compte de la jurisprudence fédérale relative aux assurés se trouvant proche de l'âge de la retraite suisse selon laquelle, lorsque l'assuré est d'un âge avancé, il sied d'examiner si l'intéressée, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, est en mesure d'exploiter économiquement une éventuelle capacité de travail résiduelle attestée d'un point de vue médical (cf. notamment ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1, 3.3 et 3.4). L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

**10.**
Partant, le recours doit être admis et la décision du 11 avril 2022 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**11.**
Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par la recourante en date du 7 novembre 2022 (TAF pce 14) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA). La recourante, qui n'est pas représentée, n'allègue pas avoir engagé des frais relativement élevés dans le cadre de la présente cause, et par conséquent, aucun dépens ne lui est alloué (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]).

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

**1.**
Le recours est admis en ce sens que la décision du 11 avril 2022 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral, dès l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**
Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**
Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

La présidente du collège : La greffière :

Caroline Bissegger Müjde Atak

## Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions des art. 82 ss, 90 ss et 100 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 :