



## **Arrêt du octobre 2012**

---

Composition

Elena Avenati-Carpani, présidente du collège,  
Franziska Schneider, Michael Peterli, juges,  
Dario Quirici, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, décision du 8 mars 2011.

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

A. \_\_\_\_\_, ressortissante suisse résidant en France, née le ..., mariée et mère d'un enfant, a travaillé en Suisse, comme comptable, de 1997 à 2009, cotisant régulièrement à l'assurance-invalidité suisse (AVS/AI; pce 15). Le 29 avril 2010, l'assurée a présenté auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (OAI-GE) une demande de prestations AI pour adultes, dont l'instruction a parmi de recueillir, entre autres, les pièces suivantes:

- la demande de prestations pour adultes, du 29 avril 2010 (pce 1), de laquelle il ressort que l'assurée a travaillé en dernier lieu comme comptable à 100%, du 1<sup>er</sup> février 2006 au 31 décembre 2009 (fin du contrat pour licenciement), touchant un salaire mensuel de Fr. 6'050.-, treize fois par an, que l'atteinte à sa santé a été causée par une fibromyalgie depuis le 20 avril 2009, qu'elle a été en incapacité de travail à 100% du 20 avril au 8 juin 2009, à 50% du 8 juin au 16 novembre 2009 et encore à 100% du 17 novembre 2009 au 20 juin 2010, et qu'elle a été en traitement du 20 avril 2009 au 20 juin 2010,

- deux attestations médicales des 23 mars et 14 avril 2010 (pces 3/1 et 2), qui indiquent que l'assurée a été hospitalisée en France du 6 avril au 15 juin 2010, pour reconditionnement physique et psychologique d'une fibromyalgie,

- un rapport médical français du 5 novembre 2009 (pce 3/10), qui révèle que l'examen du rachis est sans particularités, qu'il n'existe pas de déficit moteur, que l'examen neurologique est normal et que la pathologie de l'assurée est évocatrice d'une fibromyalgie évoluant depuis 2005, suite à une grossesse difficile,

- un rapport médical français du 18 septembre 2009 (pce 3/12), qui mentionne que l'assurée présente depuis plus de six mois des douleurs diffuses localisées au niveau des cervicales scapulaires, des régions épichondyliennes, lombaire et trochantériennes, ainsi que de la face interne des jambes, sur un état général altéré associant fatigue, céphalées, difficultés de concentration et sommeil perturbé, et qui indique que ce tableau est fortement évocateur d'un syndrome de type fibromyalgie,

- deux rapports médicaux français, des 11 et 18 mai 2010 (pces 11 et 17/1 à 4), qui diagnostiquent une fibromyalgie avec une évolution vers la

chronicité, dès avril 2009, fixant une incapacité de travail à 100% du 20 avril au 8 juin 2009, à 50% du 8 juin au 16 novembre 2009 et à 100% dès le 17 novembre 2009, avec une réduction de rendement de plus de 60% dans les activités de la vie quotidienne, et qui établissent que l'assurée est incapable d'exercer des activités uniquement en position assise ou uniquement debout, principalement en marchant, de travailler les bras au-dessus de la tête, d'être accroupie, à genou, en rotation en position assise ou debout, de soulever et porter des poids, de monter sur une échelle ou un échafaudage, mais qu'elle est capable de se pencher et de monter les escaliers, que ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance sont limitées, mais non sa capacité de compréhension, et qu'il lui faut un travail au calme,

- le questionnaire à l'employeur, du 27 mai 2010 (pce 16/3 à 8), duquel il ressort que l'assurée a travaillé en dernier lieu du 13 février 2006 au 31 décembre 2009, que le dernier jour effectif de travail a été le 16 novembre 2009, qu'elle a exercé l'activité de comptable à 100%, 8 heures 15 minutes par jour, 41 heures 25 minutes par semaine, pour une salaire mensuel de Fr. 6'050.- dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, que son activité exigeait souvent des travaux divers de comptabilité clients, de dépouillement, de tri, de saisies comptables en position assise, parfois des contrôles, des rapprochements, des révisions, de la correspondance diverse et de marcher, rarement de rester debout et de soulever ou porter des poids, de grandes exigences en concentration, attention, soin et faculté d'interprétation, et des exigences moyennes d'endurance,

- un certificat de la psychologue B.\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> juin 2010 (pce 17/5), relatif à un suivi psychothérapeutique de l'assurée, depuis le 6 avril 2009, dans le cadre de sa prise en charge pour fibromyalgie,

- un rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, du 17 novembre 2009 (pce 12/62 à 64), mandaté par Generali Assurances, l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur de l'intéressée, qui décrit un diagnostic évoquant un syndrome somatoforme douloureux et considère que l'assurée doit pouvoir recouvrer sa capacité de travail, en tant que comptable, à raison de 75% dès le 16 novembre 2009, et de 100% dès le 30 novembre suivant,

- un rapport d'expertise pluridisciplinaire du Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre, et de la Dresse E.\_\_\_\_\_, rhumatologue, du 11 mars 2010 (pce 12/20 à 55), actifs auprès de la ...et mandatés par Generali Assurances, qui constatent pour l'essentiel l'absence de symptômes psychiatriques

majeurs et ne retiennent donc pas de diagnostic psychiatrique invalidant, et fixent les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de status post coliques néphrétiques en 1992, de status post affection virale avec perte transitoire de la vision monoculaire gauche en 1993, de surdité droite en 1998, de fibromyalgie depuis 2005, de status post méniscectomie interne du genou gauche en 2005, de personnalité de type narcissique et anakastique depuis le jeune âge adulte, de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis avril 2009 au moins, ainsi que des troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive depuis janvier 2008, une reprise de travail étant envisageable à 50% pendant un mois pour tenir compte de la fatigue et des périodes de détente nécessaires, et ensuite à 100% avec une diminution de rendement de 5 à 10%,

- un rapport d'expertise des Dresses E.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et F.\_\_\_\_\_, psychiatre, du 25 juin 2010 (pce 20/2   14), actives auprès de la ...et mandatées par Generali Assurances, révélant que l'assurée est sthénique, dynamique et a repris des activités sportives, qu'elle ne présente pas d'humeur dépressive, qu'il n'est pas retrouvé de trouble dépressif et qu'elle ne présente aucun trouble d'ancrage dans la réalité, ni de trouble psychopathologique. Les expertes ont retenu, comme seul diagnostic incapacitant, celui de fibromyalgie, avec une diminution de rendement de 20% pendant trois mois, pour permettre au nouveau traitement d'agir, tout en soulignant que, sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitation significative. Finalement, elles ont affirmé que, sur le plan somatique, l'assurée peut exercer un emploi équivalent au dernier à 100% horaire, avec 80% de rendement pendant trois mois, puis à 100% horaire et rendement, et que, sur le plan psychiatrique, elle est en mesure d'exercer un emploi équivalent à son dernier emploi, avec une capacité de travail et un rendement de 100%.

## **B.**

L'OAI-GE a ensuite transmis le dossier complet pour évaluation au Dr G.\_\_\_\_\_, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a relevé, dans son rapport du 10 décembre 2010 (pce 27), l'absence d'atteinte principale   la santé, tout en constatant, comme diagnostics non invalidant, une fibromyalgie, des traits de personnalité histrionique, une affectivité superficielle et labile, une tendance à la dramatisation, une certaine suggestibilité, de l'autocomplaisance et le besoin d'être l'objet d'attention, et a dès lors fixé une capacité de travail générale de 100%.

Par projet de décision du 10 janvier 2011 (pce 28), l'OAI-GE a ainsi informé l'assurée que sa demande de prestations devait être rejetée vu l'absence de toute atteinte invalidante susceptible d'engendrer une incapacité de travail de longue durée, tout en lui accordant un délai de trente jours pour exprimer, le cas échéant, ses objections.

L'assurée s'est opposée au projet de décision, le 2 février 2011 (pce 29), arguant en substance qu'elle souffre de fibromyalgie et d'une sérieuse dépression, et a produit des certificats relatifs à des séances de massages et de kinésithérapie (pces 29 et 32).

Malgré ces objections, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), compétent à décider vu le domicile en France de l'assurée, a émis une décision, le 8 mars 2011 (pce 33), de rejet de la demande de prestations d'invalidité.

### **C.**

Contre cette décision, le 8 avril 2011, l'assurée a interjeté recours au Tribunal administratif fédéral, concluant implicitement à son annulation et au réexamen de la situation, avec en annexe un bref certificat médical du 29 mars 2011, qui décrit un état de santé pas satisfaisant et remarque que même les tâches ménagères engendrent des douleurs et des algies diffuses qui durent plusieurs jours (trois jours de douleurs après trois quarts d'heure d'aspirateur), l'aide d'une tierce personne étant nécessaire pour porter les courses.

Par réponses des 20 et 30 mai 2011, l'OAIE et l'OAI-GE ont conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif qu'il ressort des expertises de la ..., des 11 mars et 25 juin 2010 (pces 12/22 à 55 et 20/2 à 14), que la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique, de perte d'intégration sociale, d'état psychique cristallisé ou d'échec au traitement conforme aux règles de l'art, et que par conséquent sa fibromyalgie n'est pas invalidante.

### **D.**

Par réplique du 7 juillet 2011, la recourante a invoqué les mêmes arguments que ceux énoncés dans son recours, produisant par ailleurs une demande de prise en charge d'hospitalisation pour des soins de rééducation polyvalente et neurologique.

Par dupliques des 27 et 21 juillet 2011, l'OAIE et l'OAI-GE ont réitéré leurs précédentes conclusions.

**E.**

Ensuite, le 9 septembre 2011, la recourante a soutenu que son état de santé s'est aggravé et que les anomalies cervicales ajoutent un degré supérieur au seuil de ses douleurs, avec perte de mobilité des mains et de violentes céphalées incessantes, exhibant à l'appui de ses dires un compte rendu d'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM), du 9 août 2011, qui fait état en particulier de discrètes saillies discales postéro-latérale C3/4 à droite et médiane en C5/6, à un degré moindre en C6/7.

Les 31 octobre et 2 novembre 2011, l'OAIE et l'OAI-GE ont maintenu leurs conclusions, se référant à l'avis de la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin du SMR, du 19 octobre 2011, selon qui les troubles dégénératifs cervicaux décrits par le compte rendu d'IRM, du 9 août 2011, sans hernies discales, sont trop modestes, et compatibles avec l'âge de la recourante, pour impliquer des limitations fonctionnelles et une quelconque incapacité de travail.

Le 9 décembre 2011, la recourante a observé que son état de santé ne s'est pas amélioré, souffrant depuis des années de soucis d'impatience aux jambes, et a produit un rapport neurologique du 18 novembre 2011, qui souligne que le traitement suivi peut aggraver la symptomatologie des jambes sans repos, mais qu'il est indispensable pour le traitement de la fibromyalgie.

**F.**

Par décision incidente du 13 décembre 2011, le Tribunal de céans a imparti à la recourante un délai de trente jours, dès réception, pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de Fr. 400.- sur les frais de procédures présumés, paiement intervenu le 4 janvier 2012.

**Droit :****1.**

**1.1.** Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités

mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

**1.2.** En l'espèce, le Tribunal de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

**1.3.** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA, dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.4.** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

**1.5.** En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

## **2.**

**2.1.** La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, (ALCP, RS 0.142.112.681).

**2.2.** L'Annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1<sup>er</sup> avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'Annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement) – et le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

**2.3.** Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

### **3.**

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6<sup>ème</sup> de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). En ce qui

concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

#### 4.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et

- avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations peut être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans (pce 15). Partant, elle remplit la condition relative à la durée de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

#### 5.

**5.1.** 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'art. 4 al. 2 LAI 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.

**5.2.** Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

**5.3.** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

**5.4.** 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 (art. 29 al. 1 LAI).

**5.5.** Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 al. 1 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

## **6.**

**6.1.** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

**6.2.** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, 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 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – 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 médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

**6.3.** Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge

ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2; I 742/04 du 1er juin 2006 consid. 3.2; I 582/05 du 5 octobre 2006 consid. 4.2). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et ainsi seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé ou en établir le caractère incomplet (arrêt du TF 9C\_509/2010 du 4 février 2011, consid. 5.1).

## 7.

**7.1.** Le Tribunal fédéral a déjà considéré que la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. BUCHARD, "Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?", in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443, spécialement p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [éd.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 n. 93).

**7.2.** Le Tribunal fédéral s'est exprimé sur les conditions auxquelles des troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant (ATF 130 V 352; Arrêt du Tribunal fédéral I 870/02 du 21 avril 2004 consid. 3.3.1 et I 515/03 du 15 septembre 2004 consid. 3.3.1 et 3.3.2 et les références citées; voir ég. JEAN PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité in: Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 517, 523 ss). Il s'agit d'une affection reconnue par l'Organisation mondiale de la santé sous le nom de « syndrome douloureux somatoforme persistant », caractérisée par « une douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient » (OMS, CIM-10: F45.4). Le trouble somatoforme douloureux se définit en termes de

discrepance entre la subjectivité du patient qui éprouve une douleur préoccupante et l'objectivité médicale qui ne permet pas de détecter ce que l'on s'attend à trouver en pareil cas sur la base des savoirs acquis et des techniques à disposition permettant de mesurer et objectiver les symptômes (cf. PIRROTTA, op. cit., p. 524).

**7.3.** Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. Au demeurant, par exemple, la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi il serait enfreint à l'égalité de traitement entre les assurés. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une comorbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; PIRROTTA in: RSAS 2005 p. 525).

**7.4.** Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (cf. ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 avec les références citées). Tel est le cas 1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) d'un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intenses douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (cf. ATF 135 V 215 consid. 6.1 et 6.2).

## **8.**

**8.1.** En l'espèce, il ressort de la documentation médicale au dossier et, en particulier, du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, du 17 novembre 2009 (pce 12/62 à 64), des deux rapports d'expertises de la Clinique Corela, le premier rédigé par le Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre, et la Dresse E.\_\_\_\_\_, rhumatologue, le 11 mars 2010 (pce 12/20 à 55), le deuxième par la même Dresse E.\_\_\_\_\_ en collaboration avec la Dresse F.\_\_\_\_\_, psychiatre, le 25 juin 2010 (pce 20/2 à 14), ainsi que des avis du Dr G.\_\_\_\_\_ et de la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecins du SMR, rédigés les 10 décembre 2010 (pce 27) et 19 octobre 2011, que la recourante souffre principalement, sur le plan somatique, d'une fibromyalgie.

Sur le plan psychiatrique, le premier rapport d'expertise de la ...fait état d'un trouble de la personnalité de type narcissique et anankastique, avec un trouble de l'adaptation contingent, alors que le deuxième rapport d'expertise nie l'existence de tout état dépressif et d'un trouble de la personnalité, tout en admettant que la personnalité de la recourante présente des traits histrioniques, avec une affectivité superficielle et labile, une tendance à la dramatisation, une certaine suggestibilité, une auto-complaisance et un besoin d'être l'objet d'attention. Cette apparente différence d'appréciation entre les deux rapports n'a pas de véritables implications, comme il sera démontré par la suite, sur la question de la capacité de travail.

**8.2.** En ce qui concerne d'éventuelles conséquences invalidantes de la fibromyalgie et des affections psychiatriques diagnostiquées, le Dr C.\_\_\_\_\_ a formulé, le 17 novembre 2009, une capacité de travail, en qualité de comptable, de 75% dès le 16 novembre 2009, et de 100% à partir du 30 novembre 2009, se fondant sur un diagnostic évoquant un syndrome somatoforme douloureux sans syndrome inflammatoire.

Quant au premier rapport d'expertise de la ..., du 11 mars 2010, il souligne, pour l'essentiel, qu'aucune incapacité de travail, du point de vue rhumatologique, n'est justifiée au vu de la profession de comptable, précisant qu'une reprise du travail à hauteur de 50% horaire pendant un mois, afin de tenir compte de la fatigue et des périodes de détente nécessaires, est envisageable "dans un mois", avec par la suite une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 5 à 10%; du point de vue psychiatrique, le rapport établit une incapacité de travail d'au moins 50% pendant quatre semaines de traitement antidépresseur, à la fin duquel la capacité de travail doit être fixée à 100%. De son côté, le deuxième rapport d'expertise de la ..., du 25 juin 2010, énonce, sur le plan somatique, une capacité de travail, comme comptable, de 100% horaire avec un rendement limité à 80% pendant trois mois, pour permettre au traitement prévu de rééducation physique de déployer ses effets, puis de 100%, et, sur le plan psychiatrique, en l'absence de tout diagnostic invalidant, de 100% horaire avec un rendement de 100% dès le 25 juin 2010. Il convient de noter que ces deux rapports d'expertises se fondent sur une anamnèse complète et sur des examens circonstanciés, qu'ils ont dressé un tableau global cohérent avec des conclusions motivées, citant l'ensemble des avis médicaux au dossier (y compris diagnostics et conclusions), dont ils ont ensuite tenu compte dans leurs appréciations, et évoquent l'exercice d'une activité sportive et l'existence d'une vie sociale et familiale, considérations utiles pour se prononcer sur le fonctionne-

ment psycho-social de la recourante et évaluer la gravité de son atteinte psychique, de telle sorte qu'il faut reconnaître, conformément à la jurisprudence, qu'ils ont été rédigés selon les règles de l'art et que, de ce fait, ils jouissent d'une pleine valeur probante.

Eu égard à l'évaluation de ces médecins, le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR a fixé, le 10 décembre 2010, une capacité de travail générale de 100% et la Dresse H.\_\_\_\_\_ a confirmé, le 19 octobre 2010, que les troubles dont souffre la recourante ne sont à l'origine d'aucune incapacité de travail.

**8.3.** Par rapport aux documents médicaux qu'a produits la recourante, il y a lieu de souligner que seuls les certificats psychologique, du 1<sup>er</sup> juin 2010, ostéopathique, du 14 février 2011, et kinésithérapeutique, du 17 février 2011 (pces 17/5 et 32/1 et 2), font référence de manière générale à des problèmes de nature dépressive. Le rapport psychologique, plus concrètement, indique que la recourante suit une thérapie en raison notamment d'aspects psychologiques anxio-dépressifs *réactionnels* à la fibromyalgie, c'est-à-dire ne revêtant pas le caractère d'une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence.

**8.4.** Au vu de ce qui précède, suivant les conclusions des deux rapports d'expertises de la ..., rédigés selon les règles de l'art, en conformité avec la jurisprudence, que les médecins du SMR, le Dr G.\_\_\_\_\_ et la Dresse H.\_\_\_\_\_, ont adoptées dans leurs avis respectifs, le Tribunal de céans constate que la recourante souffre, sur le plan somatique, essentiellement d'une fibromyalgie, alors que, sur le plan psychique, elle ne présente aucun trouble majeur invalidant, et qu'elle bénéficie, dans son activité habituelle ou dans d'autres activités équivalentes, d'une capacité de travail de 100% horaire avec un rendement de 80% jusqu'à fin septembre 2010 (trois mois après le deuxième rapport d'expertise), puis de 100% sur le plan horaire et du rendement.

Par ailleurs, un examen de la capacité de travail résiduelle dans des activités de substitution, avec la relative comparaison des revenus, ne se justifie pas, eu égard au fait que l'incapacité de travail dans l'activité précédemment exercée ne dépasse pas 20% et ce pendant uniquement trois mois (cf. consid. 5).

## **9.**

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut

raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et réf. cit.). Le fait que la recourante ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, 1989 p. 325 consid. 2b, 1982 p. 34 consid. 2c).

**10.**

En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

**11.**

Vu l'issue de la procédure, les frais de celles-ci, fixés à Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF) et compensés par l'avance du même montant, acquittée le 4 janvier 2012.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de Fr. 400.- sont mis à la charge de la recourante et compensés par l'avance du même montant, acquittée le 4 janvier 2012.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé:

- à la recourante (Recommandé /AR);
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ...; Recommandé);
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé).

La présidente du collège:

Le greffier:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

**Indication des voies de droit :**

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition: