



Cour III
C-2166/2011

Arrêt du 17 septembre 2012

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Elena Avenati-Carpani, juges,
Valérie Humbert, greffière.

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 14 mars 2011)

Faits :**A.**

A.a A._____, ressortissante française vivant en France voisine, née le (...), divorcée et mère d'un enfant né en 1993, a travaillé en Suisse auprès de différents restaurateurs à raison de plusieurs mois par année depuis 1987 (pces 2, 10 et 17). En dernier lieu, elle a été employée en qualité de serveuse tout d'abord à plein temps, puis à mi-temps depuis le 1^{er} janvier 2008, au Restaurant R._____ à X._____, établissement exploité par la société T._____ SA à Z._____ qui l'a licenciée au 31 décembre 2008 en raison du cumul de ses absences pour raison de santé (de 1 jour à 1 mois et demi) depuis septembre 2007 (pces 5, 11 et 22).

A.b Le 17 novembre 2008, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité (AI) suisse auprès de l'Office AI du canton de Genève (OCAI-GE) dans laquelle elle indiquait souffrir de fibromyalgie depuis mai 2005 (pce 2).

B.

B.a Après un premier rapport d'évaluation effectué le 8 janvier 2009 (pce 15), par communication du 9 février 2009, l'OCAI-GE a accordé à A._____ une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle (pce 25 et 29). Il s'agissait de dix séances de coaching "Analyse & Conseils" prévues à l'OSEO entre le 12 février et le 16 avril 2009 visant à l'accompagner dans sa démarche de réorientation. L'OCAI-GE précisait que cette communication ne mettait pas fin à la procédure et que les prestations entrant en ligne de compte seraient examinées.

B.b Le rapport "Analyse & Conseils" du 27 avril 2009 rédigé par la conseillère OSEO révèle que du fait de ses problèmes de santé, A._____ n'a pas pu s'impliquer dans le programme comme elle l'aurait voulu et qu'elle a manqué trois séances de ce fait (pce 40). Selon une note de clôture de l'OCAI-GE, l'état de santé de l'assurée n'est pas stabilisé et elle semble avoir de la peine à faire le deuil de son ancienne activité (pce 42).

B.c Par communication du 21 novembre 2009, l'OCAI-GE a fait savoir à A._____ que selon leurs investigations, aucune mesure d'ordre professionnel n'est possible actuellement en raison de ses problèmes de santé. L'instruction du dossier se poursuivait et une décision séparée lui par-

viendrait plus tard. La communication précisait qu'en cas de désaccord, il était possible de requérir une décision sujette à recours (pce 45).

C.

C.a Parallèlement, ont été principalement versés en cause les documents médicaux suivants:

- une lettre du 27 mai 2005 que le Dr B._____, rhumatologue à Y._____ adressé au Dr C._____ au sujet de l'assurée qui présente une fibromyalgie avec des douleurs aux mâchoires, dans le bras droit, des doigts qui se tordent, une asthénie, des troubles du sommeil, des fourmillements sans signe du canal carpien. Ce médecin ne trouve pas grand-chose à l'examen en dehors de cervicales un peu douloureuses et des points douloureux partout; l'épaule est libre et le défilé aussi (pce 4/5);
- le bilan d'une électroneuromyographie (EMG) effectuée le 4 juillet 2008 par la Dresse D._____, neurologue à Y._____, qui conclut à une souffrance modérée des médians dans les canaux carpiens pouvant être traitée par infiltration (pce 4/6-7);
- un bilan d'une IRM cervicale pratiquée le 10 décembre 2008 par le Dr E._____, radiologue à W._____ qui met en évidence une discopathie protusive C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec une petite hernie discale médiane C4-C5 et latérale G du disque C6-C7 entraînant un rétrécissement foraminaux G à ce niveau (pce 30);
- une lettre du 10 février 2009 par laquelle le Dr C._____, interniste à Y._____ et médecin traitant de l'assurée depuis 2007, adresse A._____ à un confrère dont le nom n'est pas indiqué dans le but d'avoir un deuxième avis en neurochirurgie car le Dr F._____ retient deux discrètes hernies discales cervicales sans indication opératoire (pce 30/3);
- un rapport médical du 12 février 2009 complété par le Dr G._____, chirurgien-orthopédiste à W._____ lequel a contrôlé l'assurée pour la dernière fois le 24 novembre 2008 et retient le diagnostic de syndrome du défilé thoracique brachial et canal carpien bilatéral (à un stade débutant, cf. pce 30/2). Ce médecin est d'avis que l'ancienne activité n'est plus exigible et que l'incapacité de travail est totale mais serait probablement à nouveau entière dans 6 mois, conditionnée par

des douleurs et les limitations suivantes: pas de port de charge supérieur à 10 kg ou en porte à faux, pas lever les bras au-dessus de la tête, pas de travail en hauteur (pce 27);

- un rapport médical du 12 mars 2009 complété par le Dr C. _____ qui diagnostique une fibromyalgie sans se prononcer sur la capacité résiduelle de travail tout en admettant un rendement réduit (pce 35);
- une lettre (non datée) que le Dr H. _____, neurochirurgien à la clinique de V. _____, adresse au Dr C. _____ au sujet de l'assurée qui présente un examen clinique neurologique périphérique normal, sans atteinte médullaire mais avec des discopathies notamment en C4-C5, une faiblesse de l'épaule droite avec affaiblissement du deltoïde du chef long du biceps. Le Dr H. _____ ne distingue aucune indication opératoire et préconise une kinésithérapie d'entretien et une gymnastique régulière (pce 38/2);
- un certificat du 22 avril 2009 par lequel le Dr C. _____ atteste qu'A. _____ est porteuse d'une pathologie chronique dont les symptômes peuvent être classés dans le cadre d'une fibromyalgie et qu'elle est incapable de travailler pour le moment (pce 39).

C.b Cette documentation a été soumise à l'appréciation de la Dresse I. _____, médecin au service médical régional AI (SMR), qui estime, dans sa détermination du 24 avril 2009, que les différents avis médicaux ne sont pas congruents et ne permettent donc pas de se prononcer dans une situation qui ne semble pas encore stabilisée. Ce médecin propose de demander un rapport médical au Dr F. _____ ainsi que des précisions sur l'anamnèse, le status somatique et rhumatologique actuel, le traitement et l'exigibilité d'un point de vue médical d'une activité adaptée aux Dr G. _____ et C. _____ (pce 41).

C.c Donnant suite à la requête du médecin du SMR, l'OCAI-GE a versé aux dossiers les éléments suivants:

- un rapport du 23 juin 2009 du Dr F. _____, neurologue à W. _____, duquel il ressort que celui-ci n'a vu A. _____ qu'une seule fois, le 3 février 2009. Il retient le diagnostic de fibromyalgie et exclut la reprise de l'ancienne activité qu'il considère comme n'étant plus exigible en raison des nombreuses limitations dues à l'état de santé. Toutefois, une activité exercée uniquement en position assise semble possible à mi-temps (pce 51);

- un rapport du 14 octobre 2009 dans lequel le Dr G._____ note que l'état de santé est stationnaire et que le diagnostic n'a pas changé. Il évoque des limitations fonctionnelles dues à des douleurs cervicobrachiales. Ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail et est d'avis qu'un examen complémentaire est nécessaire pour l'évaluer (pce 58);
- un rapport du 12 octobre 2009 dans lequel le Dr C._____ relève aussi que l'état de santé est stationnaire et que le diagnostic n'a pas changé. Il juge le pronostic médiocre en raison des douleurs chroniques et la capacité de travail réduite à 20% (pce 59).

C.d A l'examen de ces nouveaux documents, la Dresse I._____ a constaté dans sa prise de position du 19 mars 2010 qu'il n'était toujours pas possible de déterminer l'incapacité de travail de l'assurée et demandé à ce que soit réalisée une expertise rhumatologique au SMR (pce 72).

C.e Cette expertise a été diligentée le 4 août 2010 par le Dr J._____, rhumatologue à U._____, qui dresse le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales et discopathies cervicales, sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et syndrome du tunnel carpien bilatéral. Du point de vue rhumatologique, ce médecin est d'avis que la capacité de travail d'A._____ dans son activité de serveuse est de 75% en tenant compte d'une diminution de rendement consécutive aux contraintes rachidiennes de ce travail. Dans une activité adaptée, plus légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg et les mouvements répétitifs de la nuque et autorisant l'alternance des positions, la capacité de travail est entière (pce 78).

C.f Le Dr J._____ ayant relevé l'importance subjective des douleurs et le sentiment d'invalidation prononcé chez l'assurée, la Dresse I._____ a décidé le 16 août d'organiser une expertise psychiatrique afin de déterminer s'il existe des critères de gravité de la fibromyalgie (pce 89).

C.g Dans son rapport d'expertise du 4 novembre 2010, le Dr K._____, psychiatre et psychothérapeute à U._____, conclut à un trouble douloureux avec humeur anxio-dépressive actuellement en rémission, sans autre comorbidité psychiatrique. D'un point de vue psychiatrique, il n'y a aucune incapacité de travail. La capacité résiduelle de travail est de 100% dans toutes activités adaptées à ses limitations somatiques (pce 95).

D.

D.a Se fondant sur la détermination du 16 décembre 2010 de la Dresse I._____, médecin au SMR (pce 98), l'OCAI-GE a communiqué le 24 janvier 2011 à A._____ son intention de rejeter sa demande de prestations motif pris qu'elle conservait une capacité de travail de 75% dans son ancienne activité et de 100% dans une activité respectant ses limitations physiques. De mesures d'ordre professionnel n'étaient pas non plus indiquées compte tenu du fait qu'elle s'estime incapable d'exercer une quelconque activité (pce 100).

D.b Par lettre du 29 janvier 2011, A._____, qui avait adressé plusieurs courriers à l'OCAI-GE en cours de procédure pour se plaindre de son état de santé et de la durée de la procédure, s'est opposée au projet de décision du 24 janvier 2011. Elle s'en prend essentiellement au manque d'humanité de l'autorité et alléguant que la fibromyalgie est une vraie maladie incapacitante ainsi que l'attestent ses médecins traitants (pce 101). Elle annexe à son opposition des documents médicaux figurant déjà au dossier à l'exception d'une ordonnance ainsi que des documents administratifs (pce 102).

D.c En procédure d'audition, la Dresse I._____a mentionné dans son avis médical du 14 février 2011 que l'instruction médicale était complète et que les éléments produits par l'assurée n'apportent aucun fait nouveau, inconnu ou survenu ultérieurement aux expertises et elle a confirmé ses conclusions précédentes (pce 104)

D.d Le 10 mars 2011, A._____ a encore produit l'accord de principe du 18 juin 2010 provenant de l'organisme français compétent pour les demandes d'Allocation Adulte Handicapé, lui reconnaissant un taux d'incapacité entre 50 et 80 % (pce 108).

D.e Par décision du 14 mars 2011, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a rejeté la demande de prestations d'A._____ reprenant en substance sa motivation précédente (pce 109).

E.

E.a Par acte du 11 avril 2011, A._____ interjette recours par devant le Tribunal administratif fédéral à l'encontre de la décision de l'OAIE, concluant implicitement à son annulation et à la reconnaissance de son invalidité. En substance, elle se plaint de ce que personne n'a vraiment lu

son dossier, d'être soupçonnée de simulation alors qu'elle est réellement incapable de travailler en raison de son état de santé.

E.b Le 15 juin 2011, la recourante produit encore sans y être invitée des documents qui, outre une attestation de janvier 2009 de son ancien employeur à l'assurance-chômage, figurent déjà tous au dossier.

E.c Dans sa réponse du 22 juin 2011, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se fondant sur la détermination du 20 juin 2011 de l'OCAI-GE, autorité d'instruction, qui rappelle que les deux expertises des Drs J._____ et K._____ remplissent toutes les conditions de la jurisprudence pour leur reconnaître une valeur probante et que la recourante ne fait valoir aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré.

E.d Par ordonnance du 30 juin 2011, le Tribunal administratif fédéral invite la recourante à répliquer et à s'acquitter d'une avance de 400 francs sur les frais de justice présumés, ce qui fut fait dans le délai imparti. Dans sa réplique du 26 juillet 2011, la recourante développe longuement ses plaintes, s'offusquant d'être traitée de feignante, la preuve étant que malgré ses douleurs elle accomplit quelques heures chez un glacier depuis avril 2011 et ne comprenant pas pourquoi elle a été orientée vers un psychiatre durant la procédure.

E.e Par duplique du 29 septembre 2011, l'autorité inférieure maintient ses conclusions se basant sur la détermination de l'OCAI-GE qui remarque que la recourante n'apporte pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier son appréciation.

E.f Par ordonnance du 10 octobre 2011, le Tribunal administratif fédéral transmet pour information un double de la duplique à la recourante et clôt l'échange d'écritures.

Droit :

1.

1.1 En application de l'art. 40 al. 1 et 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des

frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. C'est donc à juste titre que l'OCAI-GE a instruit la cause de la requérante dont l'issue lui a été notifiée par l'OAIE.

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, 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), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

1.4 Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'offi-

ce et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 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^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

3.2 L'Annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} 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^{er} 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).

3.3 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 so-

ciales 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.

3.4 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

3.5 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Ainsi, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications introduites par la 5e révision de la LAI (RO 2007 5147), étant précisé que l'application du nouveau droit ne modifie pas la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité. (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

Les atteintes à la santé ayant eu lieu in casu essentiellement en 2008, les dispositions de la LAI, de son règlement d'exécution et de la LPGA, seront donc citées, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011.

4.

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

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI),
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins trois années au total - dont au moins une en Suisse - auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement [CEE] 1408/71).

En l'occurrence, la recourante remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressée pouvait être qualifiée d'invalide au sens de la LAI.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 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.

5.2 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA 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 at-

teinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

5.3 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

6.

6.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 ss) et au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins. D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre b signifie que l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1er janvier 2008; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.2 Aux termes des art. 8 LPGa et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI 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; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Les spécialistes de l'orientation professionnelle en revanche doivent se prononcer sur le fait de savoir quelles activités professionnelles concrètes entrent en ligne de compte sur la base des indications médicales et compte tenu des capacités résiduelles de la personne assurée, ce qui nécessite parfois de se renseigner auprès des médecins (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 936/05 du 2 avril 2007 consid. 3.3 et les références citées)

7.3 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 351 consid. 3a et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre.

8.

En l'espèce le refus de prestations AI repose sur le diagnostic de fibromyalgie, syndrome du tunnel carpien bilatéral, cervico-brachialgies bilatérales et discopathies cervicales. Les conséquences de ces atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante sont diversement appréciées par les médecins appelés à se prononcer sur les aptitudes résiduelles de l'assurée. Selon le Dr F._____, neurologue, l'ancienne activité est exclue mais une activité adaptée exercée uniquement en position assise serait exigible à 50%. Le Dr G._____, chirurgien orthopédiste, ne se prononce pas sur la capacité de travail, étant d'avis qu'un examen complémentaire serait nécessaire pour l'évaluer. A noter que ce médecin diagnostiquait en novembre 2008 (rapport du 12 février 2009) un syndrome du défilé thoracique qu'il n'évoque plus en octobre 2009. Bien qu'il juge alors l'état de santé stationnaire, il ne fait état que de douleurs cervicobrachiales. Le Dr C._____, médecin traitant de l'assurée, réduit la capacité de travail à 20%. Quant au Dr J._____, rhumatologue, il estime qu'en tenant compte d'une diminution de rendement consécutive aux contraintes rachidiennes de l'activité de serveuse, celle-ci reste exigible à 75%. Le Dr K._____, psychiatre, ne voit lui aucune contre-indication d'ordre psychique à l'exercice de n'importe quelle activité.

9.

9.1 Selon la jurisprudence consécutive à celle des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352), les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne peuvent conduire à une incapacité de travail que dans certaines circonstances exceptionnelles (cf. ATF 137 V 54 consid. 4-5 et références citées). Il existe une présomption que ces affections ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. De tels troubles entrent souvent dans la catégorie des affections psychiques pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit d'évaluer l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (Pratique VSI 2000 p. 160; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Il en va ainsi de la fibromyalgie, quand bien même ce diagnostic est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

9.2 La question de savoir si les circonstances exceptionnelles conduisant à une incapacité de travail sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des af-

fections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 135 V 215 consid. 6.1 et 6.2).

10.

10.1 L'autorité inférieure fonde son refus sur la prise de position de la Dresse I._____, médecin à son service, qui se réfère aux expertises des Drs J._____ et K._____.

L'expertise du Dr J._____ – qui possède la spécialisation requise pour poser le diagnostic de fibromyalgie – est en tout point conforme aux exigences de la jurisprudence précitée. Elle établit l'anamnèse et tient compte des plaintes subjectives de l'assurée, lesquelles ne sont que partiellement corroborées par l'examen clinique. En effet, si l'expert relève un certain degré de déconditionnement physique, il ne décèle pas de limitations fonctionnelles manifestes tant du squelette axial que périphérique. Le Dr J._____ reconnaît une altération des disques vertébraux, modérée à importante, prédominante en C4-C5, associée à une petite hernie discale médiane et une discopathie protusive médiane paramédiane gauche discrète à modérée de C6-C7. Ce qui justifie une réduction de sa capacité de travail comme serveuse à 75 %, étant précisé qu'une autre activité plus légère serait exigible à 100%.

En conformité avec la jurisprudence développée en présence d'un tableau clinique diffus sans déficit fonctionnel organique, à la suite des conclusions de l'expertise J._____, la Dresse I._____ a encore requis l'avis d'un psychiatre afin de déterminer si la fibromyalgie s'accompagnait de comorbidité psychiatrique d'importance, condition nécessaire pour reconnaître un caractère invalidant à ce type d'atteinte à la santé. Or, le Dr K._____, dans son rapport également établi *in lege artis*, l'exclut expressément (pce 95 p. 17).

10.2 Ces deux expertises, qui ont pleine valeur probante, sont tout à fait concluantes. Contrairement à ce qu'allègue l'assurée, les rapports médicaux qu'elle a produit ou ceux versés par ses médecins en cours de procédure ont été pris en compte par le médecin du SMR qui les cite dans ses différentes prises de position. C'est par ailleurs précisément en raison de leur absence de congruence que la Dresse I._____ a diligenté d'autres expertises. De surcroît, les rapports et certificats de ces médecins sont extrêmement sommaires et succincts et ne satisfont pas les exigences de la jurisprudence au sujet des expertises. Il faut encore relever à ce propos que selon la jurisprudence concernant les 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 V 353 consid. 3b/cc et les références).

10.3 Tous les médecins consultés, y compris la Dresse du SMR, reconnaissent que la recourante est malade, mais – en dehors de cervicalgies dont il est admis qu'elles ont un impact sur la capacité de travail de la patiente – ces atteintes n'ouvrent pas le droit à une rente en droit suisse qui dispose qu'un effort de volonté est exigible pour surmonter la douleur dans de telles pathologies. Dans ce contexte, il sied de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et 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. avec les références). Dès lors il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3, Pratique VSI 1999 p. 247 consid. 1, Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

11. Dans la même décision du 14 mars 2011, l'autorité inférieure a également refusé d'octroyer des mesures d'ordre professionnel.

11.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable restante. Selon l'al. 3 let. b de cette disposition, les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) sont au nombre des mesures de réadaptation. Cette disposition est précisée par l'art. 6 RAI qui définit la notion de reclassement et précise les frais pris en charge par l'assureur social. L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 LAI). Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b, ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, ad. art. 17). La perte de gain est calculée selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (RCC 1984 p. 95; Pratique VSI 2000 p. 63). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (art. 17 al. 2 LAI). Selon l'art. 16 LPGa, la réadaptation est prioritaire par rapport à l'octroi de la rente, laquelle est versée dans la mesure où la réadaptation a échoué (cf. ATF 126 V 241 consid. 5, ATF 108 V 210 consid. 1d). Aux termes de l'art. 10 al. 2 LAI, les assurés ont droit aux mesures de réadaptation dès qu'elles sont indiquées en raison de leur âge et de leur état de santé.

11.2 Le reclassement se définit comme la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a, Pratique VSI 2000, p. 26; ATF 122 V 77 consid. 3b/bb; RCC 1992, p. 388; RCC 1988, p. 266; ATF 99 V 34, RCC 1974, p. 84). La notion d'"équivalence approximative" se rapporte tout d'abord non pas au niveau de formation en tant que tel, mais aux possibilités de gain à prévoir après la réadaptation (ATF 122 V 77 consid. 3b/bb). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit

appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt du Tribunal fédéral I 552/2006 du 13 juin 2007, consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral I 370/1998 du 26 août 1999 consid. 2, publié in Pratique VSI 2002 p. 111). L'assuré n'a pas droit aux meilleures mesures possibles dans les circonstances de son cas car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire mais aussi suffisante dans le cas d'espèce (ATF 124 V 108 consid 2b, Pratique VSI 2000 p. 26; Pratique VSI 2002 p. 109). Est généralement équivalente la profession exercée jusque là et non pas une formation professionnelle nettement supérieure ou qui dépasse les exigences moyennes (RCC 1988, p. 266 et p. 497). Comme toutes les mesures de réadaptation, les mesures de reclassement doivent être adéquates et il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elle entraîne et le résultat qu'on peut en attendre (RCC 1992, p. 388; ATF 110 V 99 consid. 2, RCC 1984 p. 287; ATF 103 V 16, RCC 1977, p. 345; JEAN-LOUIS DUC, Les assurances sociales en Suisse, Lausanne 1995, n° 603). Un reclassement n'est pas nécessité par l'invalidité notamment lorsque l'assuré est suffisamment réadapté et qu'il est possible qu'il prenne un emploi correspondant à ses aptitudes, sans formation supplémentaire (RCC 1963, p. 127).

11.3 Dans le cas d'espèce, des mesures de réadaptation avaient été immédiatement mises en œuvre après le dépôt de la demande de prestations avant d'être suspendues en raison de l'état de santé de la recourante qui ne s'était pas encore stabilisé. En effet, l'intéressée avait manqué un tiers des cours de coaching qui lui avaient été octroyés. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'autorité inférieure est arrivée à la conclusion que l'assurée pourrait encore exercer son ancienne activité à 75% ou une autre activité adaptée à 100%. Même si l'assurée présente dans son ancienne activité une incapacité de travail de 25%, ce qui lui ouvrirait en principe le droit aux mesures de réadaptation au vu du seuil de 20% (cf. consid. 11.1), force est de constater que c'est à raison que l'autorité inférieure a refusé de la mettre au bénéfice d'une mesure de réadaptation en raison du défaut d'aptitude subjective de la recourante. L'intéressée est en effet convaincue qu'elle ne pouvait plus du tout travailler (ce qui ressort de ses nombreux courriers) et partant toute mesure qui n'est pas soutenue par la volonté de l'assurée serait vouée à l'échec.

Cela étant, si la recourante a modifié ses dispositions à ce sujet, rien ne l'empêche de déposer une nouvelle demande, laquelle sera examinée à l'aune de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI applicable par analogie aux prestations de réadaptation (ATF 130 V 64 consid 2, ATF 109 V 119 consid. 3b). De même, elle peut également requérir une aide au placement.

11.4 Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucun motif de s'écarter de l'appréciation de l'autorité inférieure qui estime que les mesures de réadaptation n'étaient pas justifiées, en tout cas jusqu'à la date de la décision attaquée, et que l'assurée serait apte à travailler à 75% dans son ancienne activité ou à 100% dans une activité plus légère respectant les limitations fonctionnelles énumérées par le corps médical.

Partant, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 14 mars 2011 confirmée.

12.

12.1 La recourante, qui succombe, doit donc s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à 400 francs (art. 63 al. 1 règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] et 69 al. 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais déjà versée de 400 francs.

12.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 FITAF *a contrario*).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure d'un montant de 400 francs sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de 400 francs.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. 756.7789.9940.34 ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

Le président du collège :

La greffière :

Francesco Parrino

Valérie Humbert

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).

Expedition :