



Cour III
C-4555/2020

Arrêt du 10 juillet 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A. _____, (France),
représentée par Maître Jean-Marie Faivre, avocat,
recourante,
contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente et à des mesures
professionnelles (décision du 23 juillet 2020).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : la recourante, l'assurée ou l'intéressée) est une ressortissante suisse, domiciliée en France, née le (...) 1970 et mère d'un enfant (né en 1996 ; AI pce 1). Titulaire d'un diplôme d'employée de commerce, l'intéressée a travaillé en Suisse dès le mois de septembre 1988, en dernier lieu en qualité de commise administrative, à raison de 50%, auprès de l'Etat de (...), dès le 1^{er} septembre 1991 (AI pces 2, 7 et 13). Ainsi, selon l'extrait du compte individuel du 11 décembre 2018, l'intéressée a cotisé à l'assurance-invalidité et à l'assurance-vieillesse et survivants suisses pour un total de 354 mois, soit pendant 29 ans et 6 mois (AI pce 7).

B.

Le 22 novembre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité à (...) (ci-après : OAI-B._____) en indiquant être en incapacité de travail depuis le 10 juillet 2018 (AI pce 2 p. 4).

B.a Selon le rapport médical daté du 30 octobre 2018, la Dre C._____ (ci-après : Dre C._____), spécialiste en neurologie FMH, a indiqué en substance que l'évaluation neurologique de l'intéressée se révélait strictement dans les limites de la norme tant concernant l'évaluation des nerfs crâniens que celle des voies longues et a également mentionné l'absence de déficit moteur sensitif superficiel ou profond et cérébelleux (AI pce 11 pp. 10-11).

D'après le rapport médical daté du 23 novembre 2018, la Dre D._____ (ci-après : Dre D._____), neurologue FMH et titulaire du certificat de médecine du sommeil, a diagnostiqué chez l'intéressée un bruxisme, une ronchopathie simple et un probable syndrome de jambes sans repos (AI pce 11 pp. 8-9).

Selon le rapport médical du 14 décembre 2018 du Dr E._____ (ci-après : Dr E._____), psychiatre FMH, ce dernier a notamment indiqué suivre l'intéressée depuis 2002 pour des troubles dépressifs avec composante anxieuse et qu'en raison des effets secondaires, l'assurée ne bénéficiait pas de traitements d'antidépresseurs et anxiolytiques. S'agissant des diagnostics, il a retenu une dépression anxieuse persistante (F34.1), une anxiété généralisée (F41.1), un trouble de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuse et dépressive (F43.22), un syndrome douloureux persistant (F45.40) et un trouble de la personnalité anankastique (F60.5).

Quant à la capacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique, le Dr E._____ a indiqué qu'elle était nulle. Quant aux limitations fonctionnelles, il a mentionné que l'assurée souffrait d'un pyrosis et d'un syndrome de jambes sans repos (AI pce 10).

Selon le rapport médical du 8 janvier 2019 de la Dre F._____ (ci-après : Dre F._____), médecin de spécialisation inconnue, cette dernière a indiqué que l'intéressée souffrait des douleurs diffuses généralisées fluctuantes gênantes et handicapantes, de fibromyalgie, depuis 2001 mais existant depuis 1998, d'un état dépressif et anxieux, des troubles du sommeil et des céphalées du type migraineux. La Dre F._____ a également relevé que l'intéressée était intolérante aux SSRI, SNRI, BZD et à l'acupuncture et que les traitements efficaces actuels étaient la fasciathérapie et le soutien psychologique et la psychothérapie. Au titre de limitations fonctionnelles, la Dre F._____ a noté des limitations causées par des douleurs lancinantes et imprévisibles de localisation variée. En outre, elle a indiqué une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et dans une activité de substitution (AI pce 11 pp. 1-7).

B.b Invitée à se prononcer sur le dossier médical, la Dre G._____ (ci-après : la Dre G._____), médecin au Service médical régional (ci-après : SMR) et de spécialisation inconnue, a demandé, dans son rapport du 4 juillet 2019, la mise en place d'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et en psychiatrie au motif que les rapports médicaux à disposition ne permettaient pas d'identifier clairement le degré de gravité fonctionnelle des troubles, ni les ressources de l'assurée pour faire face à ses douleurs (AI pce 21 p. 2).

Le 6 mars 2020, l'intéressée a été convoquée pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional à (...). L'examen clinique a été réalisé par le Dr H._____ (ci-après : Dr H._____), FMH médecine interne et rhumatologue et expert médical certifié SIM, et par le Dr I._____ (ci-après : Dr I._____), psychiatre et psychothérapeute FMH et expert médical certifié SIM (AI pce 26 p. 1). Ce rapport d'examen clinique a également été cosigné par le Dr J._____ (ci-après : Dr J._____), psychiatre et psychothérapie FMH et expert médical certifié SIM (AI pce 26 p. 15).

B.c A l'issue de cet examen, les Drs H._____ et I._____ ont posé les diagnostics de rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis cervical, d'une périarthrite de la hanche gauche, d'une fibromyalgie, d'un discret excès

pondéral avec un BMI à 25.5, une dysthymie (F34.1) et une anxiété généralisée (F41.1 ; AI pce 26 p. 10). Il est indiqué que l'atteinte à la santé étant purement rhumatologique et psychiatrique, le rapport de l'examen clinique du 6 mars 2020 faisait office de rapport final SMR (AI pce 26 p.1).

B.d Par projet de décision du 21 avril 2020, l'OAI-B._____ a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité suisse et à des mesures professionnelles au motif qu'un taux d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas de droit à des prestations de l'assurance-invalidité (AI pce 28).

B.e Le 30 avril 2020 (timbre postal), l'assurée a formé opposition contre le projet de décision précité (AI pce 33). Dite opposition a été complétée par la production de divers rapports médicaux, datant des 23 février, 18 mai et 3 juin 2020, établis par les médecins traitants de l'intéressée (AI pces 40, 41 et 42) ainsi que par écriture de son conseil, Me Jean-Marie Faivre, le 30 juin 2020 (timbre postal ; AI pce 43).

B.f Invitée à se prononcer sur les rapports médicaux produits par l'intéressée lors de son opposition contre le projet de décision du 21 avril 2020, la Dre G._____, médecin du SMR, a indiqué en substance que les éléments apportés en procédure d'opposition ne sont pas de nature à modifier les conclusions du rapport de l'examen du 6 mars 2020 (AI pce 46).

B.g Par décision du 23 juillet 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'autorité inférieure ou l'OAIE) a confirmé le projet de décision du 21 avril 2020 de l'OAI-B._____.

C.

C.a Le 14 septembre 2020 (timbre postal), l'assurée a, par l'entremise de son représentant, interjeté recours devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) contre la décision de l'OAIE du 23 juillet 2020 et joint notamment divers rapports médicaux du Dr E._____. La recourante a en substance contesté le statut mixte (50% active et 50% ménagère) retenu par l'autorité inférieure en alléguant que sans atteinte à la santé elle aurait travaillé à plein temps dès les 20 ans de son fils (recte : dès les 10 ans de son fils ; cf. ci-dessous consid. C.d) et la valeur probante du rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 18 septembre 2020, le Tribunal a invité la recourante à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans le délai imparti jusqu'au 19 octobre 2020, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 4).

C.c Par réponse du 1^{er} décembre 2020, l'OAIE a transmis au Tribunal la prise de position de l'OAI-B._____ du 27 novembre 2020 et l'avis du médecin SMR du 20 novembre 2020 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6). Dans sa prise de position, l'OAI-B._____ a notamment indiqué que, s'agissant du statut mixte contesté par la recourante, aucun élément objectif au dossier ne venait corroborer les déclarations de la recourante quant à une modification de son taux de travail et que c'était à juste titre que le statut mixte avait été retenu. Enfin, l'OAI-B._____ a relevé en substance que dans la mesure où le rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 remplissait tous les critères jurisprudentiels applicables en la matière, ce rapport d'examen devant se voir reconnaître pleine valeur probante (annexes à TAF pce 6).

Par courrier du 2 décembre 2020, l'OAIE a fait parvenir au Tribunal le dossier complet de la cause (TAF pce 8).

C.d Par réplique du 9 février 2021, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Elle a également relevé une erreur de plume qui s'était glissée dans la partie en droit, au chiffre 8, de son recours du 14 septembre 2020 dans le sens qu'elle aurait repris son activité professionnelle à plein temps dès les 10 ans de son fils (chiffre 4 de la partie en fait de son recours) et non les 20 ans (TAF pce 12).

C.e Dans une duplique du 11 mars 2021, l'OAIE a persisté dans ses conclusions et a transmis au Tribunal la prise de position de l'OAI-B._____ du 10 mars 2021 ainsi que l'avis médical de la Dre K._____ (ci-après : Dre K._____), médecin du SMR et de spécialisation inconnue, daté du 8 mars 2021 (TAF pce 14).

C.f Par ordonnance du 25 mars 2021, le Tribunal a transmis la duplique et ses annexes de l'OAIE pour connaissance à la recourante et clos l'échange d'écritures (TAF pce 15).

C.g Par ordonnance du 15 mai 2023, le Tribunal a invité l'autorité inférieure à demander aux Drs H._____, I._____ et J._____, si ceux-ci approuvent le contenu du rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 en ce

sens que ledit rapport a été établi par leurs soins et qu'il reflète le résultat de leurs observations médicales respectives et de leur appréciation consensuelle et à produire la réponse, comportant la signature manuscrite de ces trois médecins, jusqu'au 15 juin 2023 (TAF pce 18).

C.h Par correspondance du 13 juin 2023, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal la prise de position complémentaire du 12 juin 2023 de l'OAI-B._____ et la communication du SMR du 31 mai 2023 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il ressort en substance de la communication du SMR que les Drs J._____, I._____ et H._____ ne travaillent plus le SMR et n'ont de ce fait plus la légitimité d'accéder aux données personnelles de l'assurée (TAF pce 19).

D.

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

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [830.01] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure présumés ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 RAI (RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétente pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

Etant donné que la recourante est domiciliée en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité en tant que frontalière, c'est à juste titre que l'Office AI du canton de B. _____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision entreprise.

2.

L'objet du présent litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse et à des mesures professionnelles, respectivement si la décision de l'OAIE du 23 juillet 2020 se révèle bien fondée.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). 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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la requérante, ressortissante suisse et domiciliée en France, conteste le rejet de sa demande de rente d'invalidité suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le droit à une rente d'invalidité suisse se détermine exclusivement après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid.4).

4.2 En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 23 juillet 2020, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

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 ordinaire d'invalidité (al. 1). 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 puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans (cf. consid A *supra* ; AI pces 2, 7 et 13). 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 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui 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, 2^e phrase LPGA).

6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c).

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

7.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin

sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

7.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à ses patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical 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 (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; 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 références ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, 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 leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

7.4 Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent

les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 RAI). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les services médicaux régionaux des offices AI appartiennent à l'administration. Ainsi, leurs rapports et expertises sont des documents administratifs internes et non pas des expertises au sens de l'art. 12 let. e PA, ils ne sont pas visés par l'art. 44 LPG ou les art. 57 ss PCF (RS 273 ; en relation avec l'art. 19 PA ; ATF 135 V 254 consid. 3.4.1 et 3.4.2) et ne sont donc pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; 134 V 231 consid. 5.1). Il s'ensuit que l'Office AI ne doit notamment pas communiquer à l'assuré le nom du médecin du SMR à l'avance (ATF 135 V 254 consid. 3.5).

Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle d'expertises, dans la mesure où elles satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêts du TF 9C_104/2010 du 27 juillet 2010 consid. 3.2.1 ; 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254) et si le médecin du SMR ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). 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, dont font partie les rapports des SMR (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 8C_262/2016 du 22 septembre 2016 consid. 4.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 44).

7.5 Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.1).

7.5.1 S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2) ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi PETER HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in : RSAS 2014 p. 12), le point de départ de l'examen du droit aux prestations – un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux – selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.1 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1).

7.5.2 Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10, le DSM) sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et les références ; arrêt du TF 9C_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2).

7.5.3 Une fois le diagnostic de fibromyalgie posé *lege artis* conformément aux règles précitées, il convient de déterminer si ce diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. Ce n'est en effet que si les motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de fibromyalgie conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2). Relativement aux motifs d'exclusion, il y a lieu de 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 d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un

trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 (arrêt du TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

7.5.4 Si le diagnostic de fibromyalgie résiste aux motifs d'exclusion – lesquels permettraient de l'écarter juridiquement – il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail exigible des assurés souffrant d'une telle atteinte psychosomatique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (indicateurs standards), permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et les références, 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références). Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 *in fine* ; 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 4 n° 22).

8.

8.1 En l'espèce, pour fonder la décision du 23 juillet 2020, l'OAI-B. _____ se repose largement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué sur la personne de l'assurée par les Drs H. _____ et I. _____ le 6 mars 2020, qui constitue un rapport médical du SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. De plus, il se fonde sur le rapport médical subséquent du 15 juillet 2020 de la Dre G. _____, médecin du SMR et de spécialisation inconnue, qui constitue un rapport médical sur le dossier du SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI. Ainsi, il s'agit d'examiner la valeur probante de ces documents médicaux, à savoir s'ils répondent aux exigences jurisprudentielles, étant précisé qu'une

instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimales, quant au bien-fondé de ces rapports et expertises médicaux du SMR.

8.2 Dans ses écritures (TAF pces 1 et 12), la recourante conteste en particulier la valeur probante du rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 établi par les Drs H. _____ et I. _____, le statut mixte retenu par l'OAI-B. _____ et l'absence d'enquête à domicile.

8.2.1 En premier lieu, la recourante reproche aux médecins du SMR de s'être écartés arbitrairement de l'appréciation antérieure d'autres médecins l'ayant traitée. Singulièrement, elle reproche au Dr I. _____ de ne pas avoir utilisé notamment les échelles d'évaluation HAD et LAO pour évaluer respectivement la dépression, l'anxiété et l'aspect obsessionnel-compulsif faisant partie de la personnalité anankastique et d'avoir utilisé la nomenclature des psychologues français en faisant usage de la terminologie « anxiété flottante » au lieu de TAG (trouble anxio-généralisé). Dès lors, elle estime que le Dr I. _____ ne maîtriserait pas les « exigences helvétiques, respectivement les critères déterminants selon notre Haute Cour » (TAF pce 1 p. 13).

8.2.2 En deuxième lieu, elle soulève une contradiction entre les constatations du rhumatologue et celles des psychiatres du SMR dans la mesure où le Dr H. _____ confirme la réalité des plaintes de la recourante en écartant les motifs d'exclusion alors que les experts psychiatres ont arbitrairement nié la réalité des douleurs handicapantes sur le plan psychiatrique (TAF pce 1 pp. 12-13 et pce 12 p. 3).

Selon la recourante et le Dr E. _____, cette contradiction est la raison pour laquelle le Dr H. _____ n'a pas signé le rapport d'examen clinique du 6 mars 2020, à l'instar des Drs J. _____ et I. _____, mais l'a uniquement lu et approuvé (TAF pces 1 et 12).

8.2.3 En troisième lieu, l'intéressée se plaint du fait que les experts ont fait « grand cas » de sa capacité de conduire (TAF pce 1 p. 14), d'avoir sans motif pertinent fait allusion à sa situation financière en laissant entendre qu'elle n'avait pas besoin d'une rente de l'assurance-invalidité (TAF pce 12 p. 4) et de s'être mépris en considérant que le fait d'avoir conservé une vie sociale soit un indicateur d'assumer une pleine et entière capacité de travail (cf. TAF pce 12 p.3).

8.2.4 Enfin, la recourante conteste également le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité retenu par l'OAI-B._____. En effet, elle déclare avoir réduit son taux à 50% après la naissance de son fils, né en 1996, et que sans atteinte à la santé elle aurait repris une activité lucrative à plein temps dès les 10 ans de son fils (TAF pces 1 et 12).

8.3 Selon la prise de position du 27 novembre 2020 de l'OAI-B._____, l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 6 mars 2020 a pleine valeur probante dès lors que cet examen se fonde sur une étude circonstanciée, des examens complets, un statut détaillé et que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions sont motivées. S'agissant des griefs de la recourante quant à l'absence d'utilisation des échelles d'évaluation, l'OAI-B._____ a notamment indiqué qu'ils n'étaient pas pertinents ni de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise dès lors que, dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert. En outre, la Dre K._____ a indiqué dans son avis médical du 20 novembre 2020 que ces échelles d'évaluations sont en général de type auto-évaluation et réservées au suivi d'un traitement psychiatrique et que les experts ont préféré se baser sur des critères objectifs tels que l'examen clinique et la description du quotidien. S'agissant de l'enquête à domicile, la Dre K._____ a déclaré que celle-ci n'était pas nécessaire dans la mesure où les examinateurs avaient mis en évidence peu d'empêchements ménagers et que l'aide de la famille était exigible. Enfin, quant au statut mixte (50% active et 50% ménagère) contesté par la recourante, l'OAI-B._____ a en substance répondu que selon les éléments au dossier, la recourante travaillait à 50% avant son atteinte à la santé et ceci même lorsque son fils, scolarisé, avait un âge compatible avec l'exercice d'une activité lucrative à temps complet et que dès lors, aucun élément objectif au dossier ne venait corroborer les déclarations de l'intéressée quant à une modification de son statut (TAF pce 6).

8.4 Se fondant sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé le 6 mars 2020 par les médecins du SMR, l'OAI-B._____ a considéré que les atteintes à la santé présentées par l'assurée entraînent un degré d'invalidité inférieur à 40%, taux n'ouvrant pas de droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il sied donc dans un premier temps d'analyser si l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 6 mars 2020 peut se voir reconnaître pleine valeur probante à la lumière des réquisits jurisprudentiels exposés ci-dessus.

8.4.1 En premier lieu, il sied de déterminer si le rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 remplit les conditions formelles. A cet égard, ce rapport ne comporte pas les signatures des Drs H._____, I._____ et J._____ mais il comporte les mentions « lu et approuvé (...) » et « signé par (...) ». S'agissant du Dr H._____, il a uniquement mentionné « lu et approuvé » alors que les Drs I._____ et J._____ ont indiqué « signé par ».

Par ordonnance du 15 mai 2023, le Tribunal de céans a invité l'autorité inférieure à demander aux Drs H._____, I._____ et J._____ de confirmer s'ils approuvent ou non le contenu du rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 en ce sens que ledit rapport a été établi par leurs soins et qu'il reflète le résultat de leurs observations médicales respectives et de leur appréciation consensuelle (TAF pce 18). Dans son préavis complémentaire du 13 juin 2023, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal la communication du SMR du 31 mai 2023. Dans cette communication, le responsable des services centraux du SMR a notamment indiqué que l'examen clinique du 6 mars 2020 avait eu lieu juste avant le « lockdown » dû à la pandémie de Covid-19 et que dans cette situation, ils avaient été contraints de trouver des solutions dans l'urgence afin de travailler à distance. Il a également déclaré que les mentions « lu et approuvé (...) » ou « signé par (...) » étaient à ce moment les seules options disponibles pour le SMR et ont la même signification, soit que le contenu du document versé à la gestion électronique des données est validé, étant précisé que ces mentions ne peuvent être générées que par la personne dont le nom y figure. Enfin, il est indiqué que les Drs I._____, J._____ et H._____ ne travaillant plus pour le SMR, ils n'auraient plus la légitimité d'accéder aux données personnelles de l'assurée. Par conséquent, il est impossible de donner suite à la demande du Tribunal de céans.

Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que le rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 comporte une irrégularité formelle qui n'a pas pu être réparée en cours de procédure.

8.4.2 Quant au contenu du rapport d'examen clinique, il sied de relever que l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé le 6 mars 2020, par les Drs H._____, FMH médecine interne et rhumatologue et I._____, psychiatre et psychothérapie FMH, tous deux experts médicaux certifiés SIM (AI pce 26). En plus de ces médecins, le rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 a également été cosigné par le Dr J._____, psychiatre et psychothérapie FMH et expert médical certifié SIM (AI pce 26 p. 15). L'examen clinique rhumato-psychiatrique portait sur la période allant de juin 2006 jusqu'à décembre 2019 (AI pce 26 pp. 1-4). Disposant de

l'ensemble du dossier, le Dr I. _____ a examiné l'intéressée de 8h30 à 10h30 et le Dr H. _____ de 10h45 à 11h58 en appréciant le cas spécifiquement à leur discipline médicale respective puis établi conjointement le rapport d'expertise après une discussion consensuelle (AI pce 26 p. 10 s.). Ces spécialistes disposent de la formation et de toutes les connaissances nécessaires pour évaluer valablement l'état de santé, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que les limitations fonctionnelles de la recourante dans leur discipline médicale respective.

8.4.3 Il ressort de l'examen clinique du 6 mars 2020 que celui-ci a été établi en pleine connaissance du dossier médical (notamment AI pce 26 p. 2 s.) et contient une anamnèse complète (AI pce 26 pp. 4 à 6) prenant en compte les plaintes de la recourante qui y sont compilées (not. AI pce 26 pp. 5-6), et qu'il a été établi sur la base de divers examens médicaux, en particulier le Dr H. _____ a effectué un examen général, neurologique et ostéoarticulaire et a recherché si l'intéressée présentait une neuropathie compressive aux membres supérieurs ou une irritation radiculaire cervico-branchie, lombo-crurale ou lombo-sacrée (not. AI pce 26 pp. 8-9). Ensuite, les experts développent une discussion sur la situation médicale et les points litigieux sur la base d'une évaluation consensuelle (AI pce 26 p. 10 s.). En somme, le contexte médical de la recourante y est décrit de manière compréhensible.

Les experts concluent, après évaluation bidisciplinaire, à une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle et dans toute autre activité adaptée (AI pce 26 p. 14). Au niveau des limitations fonctionnelles, ils retiennent, sur le plan somatique, que l'assurée nécessiterait d'alterner deux à trois fois l'heure la position assise et la position debout, elle ne pourrait pas régulièrement soulever et porter des charges d'un poids excédant 5 kg, travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc, exposer à des vibrations, effectuer des mouvements répétés de flexion ou d'extension de la nuque, des rotations rapides de la tête et des positions prolongées en flexion ou extension de la nuque. Au niveau des membres inférieurs, l'assurée ne peut pas effectuer des genuflexions répétées, franchir d'escabeau ou d'échelle, travailler en hauteur, rester en position debout de plus d'un quart d'heure et marcher plus de 20 minutes et en train irrégulier et franchir régulièrement des escaliers (AI pce 26 p. 13). Quant au plan psychiatrique, il n'existe pas de limitations fonctionnelles dans la mesure où aucun diagnostic incapacitant n'a été retenu (AI pce 26 p. 14).

8.4.4

8.4.4.1 Sur le plan somatique, le Dr H._____ retient les diagnostics suivants comme ayant une répercussion durable sur la capacité de travail : les rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis cervical et une périarthrite de la hanche gauche comme diagnostic associé (AI pce 26 p. 10). Il diagnostique en outre une fibromyalgie et un discret excès pondéral avec un BMI à 25.5 sans répercussion sur la capacité de travail (AI pce 26 p. 10). Au plan ostéoarticulaire et neurologique, le Dr H._____ note que l'examen est normal hormis une réaction douloureuse dans les cuisses et jambes lors d'accroupissements, qui sont complets, et le fait que l'intéressée s'appuie avec sa main sur la table pour se lever. Au plan rachidien, le Dr H._____ relève de discrets troubles statiques du rachis dorsal, une diminution de la mobilité lombaire et cervicale, la présence d'un signe comportemental de Waddell sur 5 et l'absence de signe comportemental selon Kummel. Il ajoute que l'assurée ne présente pas de signe objectif de synovite ou pour une arthropathie inflammatoire périphérique bien que la manœuvre de Gaenslen soit positive au niveau des deux mains et qu'elle présente une fibromyalgie selon les critères ACR 2010 révisés en 2016 par Wolfe et collaborateurs. S'agissant de l'imagerie médicale, il est noté que l'intéressée n'a amené aucun examen radiologique mais que selon le rapport de radiographie de la colonne cervicale du 15 mai 2019 versé au dossier, elle présente une rectitude du rachis cervical et une uncodiscarthrose C5-C6 et C6-C7. En outre, l'expert ne note pas chez l'assurée de nets motifs d'exclusion telle qu'une importante exagération des symptômes ou une importante démonstrativité. Cependant, il relève une certaine incohérence entre des douleurs cotées assez haut en moyenne et ses activités quotidiennes (not. la préparation des repas, la réalisation de certaines tâches ménagères, une bonne intégration sociale, faire des commissions légères). Sur la base de l'examen ainsi réalisé, la capacité de travail retenue est de 80% au vu des limitations fonctionnelles retenues (cf. consid. 8.4.2 *supra*), lesquelles conduisent à une baisse de rendement mais sont respectées dans l'activité habituelle de commise administrative (AI pce 26 p. 11).

8.4.4.2 Sur le plan somatique, le Tribunal constate que l'examen rhumatologique réalisé le 6 mars 2020 ne repose pas sur des investigations complètes et approfondies. En effet, l'expert rhumatologue relève que la manœuvre de Gaenslen est positive au niveau des deux mains, mais il écarte la présence de signe objectif de synovite ou d'une arthropathie inflammatoire périphérique. Le Dr H._____ n'explique pas

ce qu'implique ces constatations, semblant être en contradiction, et, en termes de capacité de travail, le résultat positif de cette manœuvre de Gaenslen au niveau des mains de l'intéressée, étant précisé que l'assurée a été opérée en 2000 du tunnel carpien droit. En outre, le Dr H. _____ n'a effectué aucune radiologie alors qu'il a indiqué que les troubles dégénératifs du rachis cervical risquent de s'aggraver et que la dernière radiographie de la colonne cervicale remonte au 15 mai 2019 (AI pce 26 pp. 11 et 14). Par conséquent, il sied de constater que l'examen rhumatologique n'est pas complet s'agissant de l'évolution des atteintes au niveau de la main et du rachis cervical. Aussi, c'est le lieu de rappeler qu'en cas de doute, même minime, quant à la fiabilité et au caractère concluant des constatations médicales internes de l'assureur, des éclaircissements complémentaires doivent être effectués conformément à la jurisprudence (cf. not. ATF 139 V 225 consid. 5.2).

8.4.4.3 Sur le plan psychiatrique, le Dr I. _____ retient les diagnostics selon la classification CIM-10 de dysthymie (F34.1) et d'anxiété généralisée (F41.1 ; AI pce 26 p. 10). Sur la base de la discussion avec l'assurée ainsi que de l'anamnèse, le Dr I. _____ note que l'assurée n'a jamais été prise en charge avant 2002, date de sa prise en charge par le Dr E. _____, qu'elle a interrompu ce suivi de 2012 à 2017 dès lors qu'elle n'en ressentait pas la nécessité, et qu'elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique (AI pce 26 p. 6). A l'examen psychiatrique, le Dr I. _____ relève que l'intéressée est parfaitement orientée dans le temps, l'espace et par rapport à elle-même et note un discours cohérent et l'absence de trouble du cours de la pensée, de l'attention, de la concentration, de la mémoire et des fonctions exécutives. A l'issue de cet examen, le Dr I. _____ retient les diagnostics de dysthymie et d'anxiété généralisée à l'instar du Dr E. _____, sans toutefois leur reconnaître un caractère incapacitant aux motifs que ces diagnostics sont présents depuis l'âge adulte et ne handicapent pas l'intéressée dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle. En outre, le Dr I. _____ indique que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuse et dépressive, retenu par le Dr E. _____, ne peut pas être retenu à l'issue de l'examen réalisé et ajoute que ce diagnostic ne peut être porté au-delà de 6 mois d'évolution. S'agissant du trouble de la personnalité anankastique évoqué par le psychiatre traitant, le Dr I. _____ déclare que l'assurée ne présente pas ce trouble au motif qu'il n'observe pas d'indécision, de préoccupation par les détails ou de perfectionnisme chez l'intéressée. S'agissant du syndrome douloureux somatoforme persistant évoqué par le Dr E. _____, le Dr I. _____ le nie en raison de l'absence de sentiment de détresse. Quant au diagnostic de fibromyalgie retenu par

le Dr H._____, il est indiqué que ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant au vu des ressources bien conservées et de l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante (AI pce 26 p. 13). En somme, le Dr I._____ conclut que la recourante ne présente pas de pathologie grave incapacitante.

8.4.4.4 Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que le volet psychiatrique n'est pas motivé de manière suffisante lorsque les experts psychiatriques écartent le caractère non incapacitant d'un trouble. En effet, les Drs I._____ et J._____ retiennent, à l'instar du Dr E._____, les diagnostics de dysthymie et d'anxiété généralisée en relevant les éléments pertinents pour diagnostiquer ces troubles (AI pce 26 p. 13). Toutefois, l'explication selon laquelle ces troubles ne sont pas incapacitants dans la mesure où ils sont présents depuis l'âge adulte n'est pas suffisante dans la mesure où l'assurée, ayant interrompu le suivi psychiatrique de 2012 à 2017, a repris ce suivi. Selon toute vraisemblance, la période de reprise du suivi psychiatrique correspond à l'augmentation des douleurs physiques alléguées par l'intéressée (AI pce 16 p. 2). En outre, il ressort du rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 qu'il n'y a pas de diminution de l'autonomie dans l'activité de la vie quotidienne (AI pce 26 p. 13). Cependant, la description de la vie quotidienne (AI pce 26 pp. 7-8) ne permet pas de comparer les activités effectuées par l'assurée avant et après l'atteinte à la santé. Par conséquent, il sied de relever que le volet psychiatrique ne se fonde pas sur des constatations objectives et motivées mais contient de simples affirmations sans explication objective.

8.4.4.5 Par ailleurs, en présence de la méthode mixte, l'administration doit effectuer une enquête ménagère respectant les critères de la jurisprudence (cf. not. ATF 141 V 15 consid. 4.5 ; 137 V 334 consid. 3.1 ; TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 8.2 et les réf. citées) ou motiver sa position lorsqu'une telle enquête n'est pas nécessaire. Depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : CourEDH) n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016, l'application de la méthode mixte est restreinte (ATF 144 I 28 consid. 4.2 s. et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3), mais toujours déterminante en dehors de la situation décrite dans l'arrêt de la CourEDH (not. arrêts du TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.2 et 9C_33/2017 du 18 septembre 2017 consid. 4.2 et les références). Le Conseil fédéral a de son côté élaboré un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, et modifié le règlement sur l'assurance-invalidité en conséquence, avec effet au 1^{er} janvier 2018. Dorénavant, le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité

lucrative, toujours régi par l'art. 16 LPGA, se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps, la perte de gain exprimée en pourcentage étant ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait la personne concernée si elle n'était pas invalide. Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels, par rapport à la situation dans laquelle serait la personne concernée si elle n'était pas invalide, et on pondère ce pourcentage par la différence entre le taux d'occupation de la personne concernée sans invalidité et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI, dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2018).

En l'espèce, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a retenu le statut, soit 50% active et 50% ménagère. Les déclarations de l'intéressée selon lesquelles elle a réduit son taux d'activité lucrative à 50% après la naissance de son fils en 1996 avec l'intention de reprendre une activité professionnelle à plein temps aux 10 ans de son fils ne convainquent pas (TAF pce 1). En effet, selon le rapport d'évaluation IP du 20 février 2019, la recourante a expliqué qu'au début de l'atteinte à la santé, ses douleurs étaient ingérables mais par la suite, elle a connu un certain répit (AI pce 16). S'agissant de son suivi psychiatrique, l'intéressée l'a interrompu entre 2012 et 2017 dès lors qu'elle n'en ressentait pas la nécessité (AI pce 26). Dès lors, le Tribunal constate qu'il y a eu des périodes pendant lesquelles l'état de santé de la recourante semblait s'être améliorée sans toutefois qu'elle ait entrepris de démarche afin de modifier son taux d'activité et qu'elle n'apporte aucune preuve concrète quant à son intention de reprendre un travail à plein temps, de simples déclarations ne pouvant suffire. Ainsi, le Tribunal retient que la recourante n'a pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante que c'est à cause de l'atteinte à la santé qu'elle n'a pas reprise son activité à plein temps. En outre, le Tribunal constate que la présente cause n'entre pas non plus dans les situations visées par l'arrêt de la CourEDH. En effet, selon le Tribunal fédéral, ce n'est que lorsqu'une rente est supprimée ou réduite dans le cadre d'une révision, et dans la mesure où la suppression, respectivement la diminution de la rente, intervient à la suite d'un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel » qui trouve sa cause dans des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en découle), que l'application de la méthode mixte se révèle contraire à la CEDH (arrêt du TF 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5 et les réf. cit.).

Par conséquent, en retenant la méthode mixte, l'autorité inférieure aurait dû ordonner une enquête ménagère afin de déterminer les limitations dans l'accomplissement des travaux habituels, respectivement expliquer de manière convaincante la non-nécessité d'une telle enquête.

8.4.4.6 Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'examen du 6 mars 2020 ne peut se voir accorder de valeur probante dès lors que tant formellement que matériellement, il ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles.

8.5 Sur la base de ce qui précède, il sied de ne pas s'attarder sur les diverses objections formulées (cf. supra consid. 8.2) par la recourante à l'égard du rapport d'examen clinique du 6 mars 2020 à la base de la décision querellée.

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, des 25 février, 18 mai, 3 juin et 18 août 2020, de la recourante (AI pces 40-42 ; annexe 3 à TAF pce 1), le Tribunal se doit notamment de remarquer que ces rapports médicaux ne se prononcent ni sur la capacité de travail de la recourante ni sur ses limitations fonctionnelles, et ne tiennent pas compte des réquisits jurisprudentiels. Des critiques de nature appellatoire et des déclarations médicales d'ordre général relatives aux effets secondaires possibles de certains traitements médicamenteux ou à certaines maladies ne sont d'aucune utilité pour la présente cause. De la sorte, ces rapports ne peuvent pas se voir accorder pleine valeur probante. Il en va de même du rapport médical de la Dre F. _____ du 28 janvier 2021 mentionnant une péjoration de l'état de santé de la recourante sans toutefois donner une explication médicale objective et conséquente à cet égard.

8.6 En conséquence, il convient de constater que tant les rapports des médecins traitants de la recourante que l'instruction effectuée par l'OAI-B. _____ ne sont pas suffisants pour apprécier l'état de santé et les limitations fonctionnelles de la recourante dans son ensemble. En outre, le rapport d'examen clinique du 6 mars 2020, ayant servi de base pour la décision litigieuse, ne remplit pas les exigences fixées par la jurisprudence et ne pouvait 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 citées). 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 (sur le plan médical et économique, en particulier l'application de la méthode mixte conformément à la jurisprudence), puis rende une nouvelle décision.

9.2 Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires à l'établissement de la capacité de travail et des travaux ménagers ainsi que la capacité de gain de la recourante. Pour ce faire, 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 et de la rhumatologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPG ; 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).

Ensuite, afin de pouvoir déterminer le taux d'invalidité de la recourante selon la méthode mixte, l'autorité inférieure comblera le dossier par une enquête ménagère valable.

10.

Partant, le recours doit être admis et la décision 23 juillet 2020 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

11.

11.1 Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée, comme en l'espèce, à l'autorité inférieure pour instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Par conséquent, l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par l'assurée en date du 28 septembre 2020 (TAF pce 4) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 première phrase PA).

11.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (cf. art. 64 al. 1 et 2 PA, en relation avec l'art. 7 al. 1 et al. 4 FITAF). A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF).

En l'espèce, la recourante a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier, le Tribunal lui alloue à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à 2'800 francs.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 23 juillet 2020 est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

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

3.

Une indemnité de dépens de 2'800 francs est allouée à la partie recourante, à charge de l'autorité inférieure.

4.

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

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 au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :