



---

Cour III  
C-580/2016

## Arrêt du 4 juin 2018

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Vito Valenti, Beat Weber, juges,  
Brian Mayenfisch, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France),  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité; rejet de la demande de prestations;  
décision du 22 décembre 2015.

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissante française (domiciliée dans ce pays) née le (...) 1961, mariée le 11 décembre 1993, est mère de deux enfants nés en 1986 et 1994 ; elle a travaillé comme frontalière en Suisse, en dernier lieu comme assistante socio-éducative au sein de la B.\_\_\_\_\_, dans le canton de C.\_\_\_\_\_. Elle a été engagée par cet employeur à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2008 et à un taux de 90%. À compter du 20 août 2010, l'intéressée a été mise en arrêt de travail total en raison de problèmes du rachis (AI docs 1, 10 p. 5, 19 p. 4, 27). L'intéressée a ensuite repris son activité habituelle à 50% dès le 1<sup>er</sup> février 2011 (AI doc 6), avant d'être remise en arrêt de travail total dès le 27 septembre 2012, cette fois-ci en raison d'une dépression sévère réactionnelle aggravée par son hernie discale opérée en septembre 2010 ainsi que par les problèmes de santé de sa fille (voir en ce sens le certificat médical de la Dresse D.\_\_\_\_\_, à l'époque médecin traitant de l'intéressée [AI doc 10 p. 2] ; voir encore AI doc 10 p. 5). Elle a, dans ce contexte, bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-maladie versées par la Vaudoise Assurances (AI docs 1, 19 p. 3). Son contrat de travail a été résilié le 16 septembre 2014 avec effet au 31 décembre 2014 (AI doc 69).

**B.**

L'intéressée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 28 janvier 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'Office cantonal), lequel l'a reçue le 31 janvier 2014 ; elle y faisait valoir, comme atteintes à la santé, un syndrome de Gougerot-Sjögren avec lupus subaigu, ainsi qu'un « Raynaud » (AI doc 19).

**B.a** Dans ce contexte, l'Office cantonal a ajouté au dossier de l'intéressée les pièces suivantes :

- un compte-rendu d'examen histo-cytopathologique du 25 octobre 2012, dans lequel le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin au cabinet d'Anatomie et de Cytologie Pathologies de (...), constate une dermatite lymphocytaire peri-vasculaire superficielle et profonde sans caractère évident de spécificité ; il relève toutefois que les aspects histologiques peuvent s'intégrer dans le cadre d'un éventuel lupus (AI doc 30 p. 3),
- un rapport médical du 31 octobre 2012 établi par la Dresse F.\_\_\_\_\_, dans lequel celle-ci soupçonne la présence d'un syndrome de Gougerot avec lupus subaigu et prescrit un traitement par plaquenil,

tout en constatant par ailleurs, chez l'intéressée, une atteinte oculaire, un « Raynaud », une perte de poids et une asthénie majeure associée à un syndrome dépressif (AI doc 30 p. 2),

- une note médicale du 12 novembre 2012 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, dans laquelle celle-ci constate, chez sa patiente, un syndrome dépressif, une asthénie, ainsi qu'un syndrome de Raynaud avec éruptions chronique sur le bras (un lupus subaigu associé est en outre suspecté) ; la médecin précise que l'incapacité de travail totale résulte de l'asthénie et du syndrome dépressif persistant (AI doc 44 p. 10),
- le résultat d'un scanner thoracique établi le 14 novembre 2012 par la Dresse G.\_\_\_\_\_, qui relève la présence de troubles ventilatoires prédominant au niveau des deux lobes inférieurs associés à des épaissements nodulaires de contours flous au niveau du lobe moyen (AI doc 30 p. 1),
- un certificat médical du 27 janvier 2013, dans lequel la Dresse D.\_\_\_\_\_ indique qu'une reprise thérapeutique à temps partiel est envisageable pour sa patiente dès le 1<sup>er</sup> mars 2013 et à 40% de son temps de travail (AI doc 44 p. 5),
- un compte rendu de consultation du 11 février 2013 établi par le Dr H.\_\_\_\_\_, chef de clinique assistant au service de médecine interne du centre hospitalier régional universitaire de I.\_\_\_\_\_, qui retient l'existence d'un syndrome de Gougerot-Sjögren, duquel découlent une sécheresse oculo-buccale et un syndrome de Raynaud ; il relève par ailleurs, comme antécédents, une hernie discale L4 – L5 opérée et un syndrome dépressif (AI doc 38 p. 5),
- un questionnaire pour l'employeur du 19 février 2013, dans lequel celui-ci relève en particulier que l'activité d'éducatrice de l'intéressée nécessite notamment qu'elle soit en mesure de travailler en toutes positions, de marcher, de soulever des poids légers ou moyens et, du point de vue psychique, qu'elle puisse se concentrer, faire preuve d'endurance, de soin et d'une bonne faculté d'interprétation, et qu'elle soit enfin en mesure de prendre du recul sur les situations rencontrées et jouir d'un bien être personnel ; s'agissant de ce dernier point, l'employeur estime que son employée n'est actuellement pas en mesure de faire preuve de l'endurance psychologique ainsi que de la résistance au stress nécessaire, au vu de ses faiblesses psychologique et physique (AI doc 33),

- un rapport médical du 16 avril 2013 établi par Dr H.\_\_\_\_\_ à l'attention de l'Office cantonal ; celui-ci confirme le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren (présent depuis le mois de septembre 2012), en précisant qu'il a un effet sur la capacité de travail ; il relève par ailleurs un syndrome de Raymond bilatéral, et confirme enfin ses précédents diagnostics de sécheresse oculobuccale et de syndrome dépressif ; il ne relève pas de limitations fonctionnelles (AI doc 38 p. 1 – 4),
- un avis du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 26 avril 2013, dans lequel le Dr J.\_\_\_\_\_ constate que les avis médicaux versés jusque-là au dossier ne font état d'aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique ; le médecin relève, dans ce contexte, que si le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 16 avril 2013 considère que le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren a un effet sur la capacité de travail (voir *supra*), ce même avis ne mentionne en revanche aucune limitation découlant de cette supposée incapacité, de sorte que le Dr J.\_\_\_\_\_ considère qu'il ressort des documents médicaux figurant au dossier que les atteintes somatiques ne sont pas incapacitantes ; il relève en revanche qu'il s'imposera possiblement de mettre en place une expertise psychiatrique (AI doc 40),
- une expertise établie le 31 mai 2013 par le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin interne, à la demande de la Vaudoise Assurances, et rédigée suite à un examen effectué le 29 mai 2013 ; le médecin conclut à un syndrome de Gougerot-Sjögren associé à un lupus cutané, d'une maladie de Raynaud, ainsi qu'à un état dépressif et à une anorexie réactionnelle ; de l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, une reprise par la recourante de son activité professionnelle est possible dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013 ; par ailleurs, considérant qu'il ressort des déclarations faites par l'intéressée que son taux d'activité aurait été abaissé à 50% si elle n'avait pas été mise en arrêt de travail, le médecin indique qu'une reprise totale à ce taux est possible (AI doc 48),
- un compte rendu de consultation établi le 16 septembre 2013 par le Dr H.\_\_\_\_\_, dans le cadre du suivi du syndrome de Gougerot-Sjögren ; le médecin relève que le traitement par plaquenil est bien toléré et le phénomène de Raynaud stable, le traitement par Amlor 5mg étant, lui aussi, bien toléré (AI doc 59 p. 5),
- un avis médical SMR du 19 septembre 2013, dans lequel le Dr J.\_\_\_\_\_ récapitule les diagnostics retenus par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans

son expertise du 31 mai 2013 ; le médecin SMR conclut qu'il n'est en l'état pas nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique (AI doc 50),

- un compte rendu de consultation établi le 26 février 2014 par le Dr L.\_\_\_\_\_, Chef de Clinique assistant du service de médecine interne du centre hospitalier régional universitaire de I.\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci précise que le syndrome de Gougerot-Sjögren ne pose pas de problèmes imminents, mais que l'intéressée consulte en revanche les psychiatres au sein du centre hospitalier en raison d'un syndrome dépressif, avec détresse psychologique majeure et idées suicidaires (AI doc 59 p. 5),
- un rapport E 213 du 19 mars 2014, dans lequel le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin conseil, retient une dépression récurrente et prononcée survenant dans un contexte de probable labilité humorale, ainsi que des douleurs articulaires (sans que celles-ci n'engendrent a priori des limitations fonctionnelles) ; le médecin retient un état de santé psychique non stabilisé, concluant dès lors qu'une reprise d'activité professionnelle lourde est incompatible à ce stade évolutif de la maladie ; il retient ainsi une incapacité partielle de travail dans l'activité habituelle, et un taux d'invalidité d'au moins 66.66% (AI doc 66 [une décision du 12 décembre 2014 de l'autorité française compétente reconnaîtra par la suite à l'intéressée un taux d'invalidité de 2/3 ; AI doc 70]),
- un rapport médical établi à l'attention de l'Office cantonal par la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressée, et reçu par celui-ci le 26 mars 2014 ; la médecin retient, comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, un syndrome dépressif (F32.10) ainsi qu'une entorse au genou, et, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un lupus ; la Dresse N.\_\_\_\_\_ indique que sa patiente souffre d'un ralentissement locomoteur, d'une inhibition, d'une tristesse de l'humeur et d'idées noires ; sont retenues, comme limitations fonctionnelles, l'impossibilité d'effectuer une activité uniquement en position assise ou debout, de même qu'en position alternée, ou nécessitant d'être exercée principalement en marchant, ainsi que de monter les escaliers (en rapport avec l'entorse au genou récente) ; la médecin relève par ailleurs que les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance sont limitées et retient, en somme, qu'aucune activité n'est possible actuellement et qu'il est

en l'état impossible d'établir un pronostic sur une date de reprise (pas avant six mois en tous cas [AI doc 59]),

- un questionnaire médical rempli à la demande de l'Office cantonal par le Dr L.\_\_\_\_\_, reçu par ledit Office le 10 avril 2014, dans lequel celui-ci relève, en plus d'un syndrome dépressif sévère fréquent lors de la maladie de Gougerot-Sjögren, des polyarthralgies ; il retient, comme limitation fonctionnelle, une incapacité d'effectuer des efforts physiques importants découlant des arthralgies, ainsi qu'une difficulté d'adaptation au stress ; il considère dès lors que la capacité de travail de l'intéressée est de 80% dans une activité adaptée, « depuis 2 ans » (AI doc 60) ;
- et, enfin, un rapport médical du 26 novembre 201(...[date illisible]), établi par le Dr H.\_\_\_\_\_ ; le médecin confirme son diagnostic d'un syndrome de Gougerot-Sjögren, avec des manifestations de sécheresse oculobuccale et positivité des anticorps anti-SSA ; il relève en outre que les troubles de l'humeur, notamment le syndrome dépressif, sont assez fréquents dans le contexte dudit syndrome ; il indique enfin que sa patiente est traitée par plaquenil, ainsi que par citalopram et lexiomil (AI doc 30 p. 4).

**B.b** Dans un avis médical du 22 mai 2014, les Drs O.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, médecins SMR, ont constaté que la capacité de travail de l'intéressée était évaluée à 80% depuis 2012 par le Dr L.\_\_\_\_\_, selon le rapport reçu le 10 avril 2014 ; en outre, le même médecin retenait, dans son rapport reçu le 26 mars 2014, que le syndrome de Gougerot-Sjögren ne posait pas de problème imminent. Les médecins SMR ont ainsi conclu qu'il s'imposait de conduire une expertise psychiatrique afin de se prononcer sur les limitations fonctionnelles de l'intéressée ainsi que sur la capacité de travail en découlant (AI doc 62).

**B.c** Dans une note du 24 juin 2014 adressée au médecin conseil de l'assureur-maladie, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a relevé que sa patiente se trouvait toujours en incapacité de travail en raison de son syndrome dépressif, en relevant néanmoins une amélioration, ainsi qu'une volonté de l'intéressée de reprendre son activité à temps partiel (AI doc 67 p. 2).

**B.d** Par courrier du 6 janvier 2015, l'intéressée a informé l'Office cantonal qu'elle était actuellement en suivi psychiatrique au centre hospitalier régional universitaire de I.\_\_\_\_\_, suite à une tentative de suicide (AI doc 68).

**B.e** L'intéressée a été informée le 15 janvier 2015 par l'Office cantonal qu'elle ferait l'objet d'une expertise psychiatrique (AI doc 73), laquelle a eu lieu le 31 mars 2015 et a été conduite par le Dr Q. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, dans son cabinet situé à R. \_\_\_\_\_ (AI doc 75).

**B.f** Par appel téléphonique du 13 avril 2015 (AI doc 76), puis par courrier du 20 avril 2015 (AI doc 77), tous deux adressés à l'Office cantonal, l'intéressée a informé celui-ci que l'entretien avec le médecin psychiatre s'était très mal déroulé ; elle a notamment allégué que le médecin s'était présenté, au début de l'entretien, comme étant un collaborateur de l'assurance-invalidité, qu'il s'était montré irrespectueux envers sa situation personnelle et familiale, qu'il avait continuellement insinué au cours de l'entretien qu'elle cherchait à éviter de travailler, et qu'il avait enfin soutenu que sa demande de prestations d'invalidité serait rejetée si elle refusait de se rendre après l'entretien à (...) pour effectuer une prise de sang (l'intéressée avait refusé car elle devait rencontrer les médecins de son fils cet après-midi même). L'intéressée s'est en conclusion déclarée bouleversée par la tournure qu'avait prise cette expertise psychiatrique.

**B.g** Dite expertise psychiatrique a été établie le 27 avril 2015 par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (AI doc 80).

Le médecin y relevait notamment comme suit : « *Tendue, irritable face à mes questions, revendicatrice, plaintive en parlant de ses symptômes physiques. La collaboration est à la limite de celle à laquelle on peut s'attendre lors de la passation d'un examen d'expertise* » (p. 9). Il poursuit plus loin : « *Elle dit prendre l'Efexor et le Seroquel, mais l'expert rappelle que cette assurée a refusé de faire une prise de sang, ce qui met en doute la compliance de l'assurée au traitement.* » (p. 19). S'agissant ensuite des diagnostics (p. 11), le médecin n'en a retenu aucun ayant une répercussion sur la capacité de travail. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a relevé un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) secondaire aux maladies somatiques ainsi qu'aux difficultés médicales avec ses enfants, ainsi qu'une personnalité anxieuse/évitante (F60.6). Le médecin a en ce sens relevé que la symptomatologie clinique décrite ne correspondait pas au tableau de trouble dépressif selon la CIM-10 ; il indiquait en revanche que l'état mixte dépressif et anxieux chez une personnalité anxieuse et évitante telle celle de l'intéressée n'était pas handicapante, et qu'elle était réactionnelle aux maladies de ses enfants (p. 12). Le médecin a ainsi conclu que d'un point de vue psychiatrique et en l'absence de limitations fonctionnelles, l'intéressée était capable de travailler à 100% dans son ancienne activité (p. 13). Il concluait enfin que

*« n'ayant pas pu objectiver des signes et des symptômes d'une maladie psychiatrique justifiant l'incapacité de travail, du point de vue psychiatrique cette assurée a toujours été capable de travailler dans son ancienne activité » (p. 15).*

**B.h** La Dresse O. \_\_\_\_\_, dans le rapport SMR du 20 mai 2015 (AI doc 82), a retenu, comme atteinte principale à la santé, un syndrome de Gougerot-Sjögren et un lupus cutané et, comme pathologie associée du ressort de l'AI, une maladie de Raynaud. Elle a indiqué que l'intéressée avait présenté, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, la médecin a retenu que l'intéressée devait s'abstenir d'efforts physiques, se protéger du froid, et qu'elle présentait des difficultés à gérer le stress. La Dresse O. \_\_\_\_\_ a en ce sens considéré que l'expertise psychiatrique du 27 avril 2015 était convaincante, qu'il n'y avait dès lors pas lieu de retenir une atteinte incapacitante de longue durée sur le plan psychique, l'atteinte psychiatrique étant une atteinte réactionnelle à des événements de vie touchant ses enfants. Elle relevait par ailleurs que le courrier adressé par l'intéressée à l'Office cantonal le 6 janvier 2015, dans lequel l'intéressée indiquait être en suivi psychiatrique en raison d'une tentative de suicide, n'était pas en mesure de modifier les conclusions tirées de l'expertise.

**B.i** Dans un avis médical SMR du 7 juillet 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il s'imposait encore de s'assurer que l'activité habituelle de l'intéressée constituait une activité adaptée (AI doc 86).

**B.j** L'Office cantonal, dans sa fiche d'examen du dossier du « 11 juin 2015 » (recte : 6 août 2015), a relevé, d'une part, qu'il s'imposait encore de vérifier si l'activité habituelle de l'intéressée constituait une activité adaptée. D'autre part, il a indiqué que dans le cas où l'intéressée devait s'opposer au projet de décision prochainement rendu, il s'imposerait alors de tenir compte des plaintes exprimées par l'intéressée dans « ce courrier » (AI doc 88).

**B.k** L'Office cantonal a procédé le 11 août 2015 à l'examen du droit à la rente ; il a notamment estimé que l'activité habituelle de la recourante était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée. Il a par ailleurs retenu que le calcul du taux d'invalidité devait se faire par application de la méthode mixte (sachant que l'activité professionnelle avait été exercée à un taux de 90%), en renonçant toutefois à effectuer une enquête ménagère (AI doc 89).

**B.l** Par projet de décision du même jour (AI doc 90), l'Office cantonal a indiqué à l'intéressée que l'expertise psychiatrique du 27 avril 2015 pouvait se voir accorder pleine valeur probante, dans la mesure où ses conclusions étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Estimant que l'activité habituelle de l'intéressée était adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail et de gain étaient dès lors entière. Bien que le calcul du taux d'invalidité devait se faire selon la méthode mixte, l'Office cantonal a relevé que dans la mesure où l'invalidité présentée sur la part ménagère additionnée à l'invalidité sur la part active n'atteindrait en tous cas pas le degré d'invalidité de 40% ouvrant droit à la rente, il avait été renoncé à procéder à l'évaluation des empêchements dans le cadre de l'accomplissement de tâches ménagères. L'Office cantonal a dès lors indiqué à l'intéressé qu'il entendait rejeter sa demande de rente.

**B.m** L'intéressée s'est opposée au projet de décision par courrier du 16 septembre 2015 (AI doc 94). Elle a notamment refait valoir la partialité du Dr Q.\_\_\_\_\_. Elle a par ailleurs soutenu que c'était à tort que l'Office cantonal basait son projet de décision à la lumière d'une expertise psychiatrique, alors même qu'elle avait été mise en arrêt de travail en raison de ses affections somatiques. Elle a par ailleurs relevé qu'elle suivait à présent un nouveau traitement à base de cortisone (en plus du traitement médicamenteux de base).

Dans le contexte de cette procédure d'audition, l'intéressée a produit de nouveaux documents médicaux. Il s'agissait, d'une part, d'ordonnances pour les mois de septembre et d'octobre 2015 faisant état d'un traitement au Plaquenil, au Prednisone, au Chlorydrate de Pilocapine, à l'Adalate, au Zolpidem, ainsi qu'à l'Effexor, au Zopiclone et au Xeroquel (AI doc 97). D'autre part, l'intéressée a produit un compte rendu de consultation établi le 20 octobre 2015 par le Dr L.\_\_\_\_\_, lequel avait examiné sa patiente dans le cadre du suivi du syndrome de Gougerot-Sjögren et d'une dermatite granulomateuse interstitielle. Il indiquait que la corticothérapie avait conduit à la disparition des lésions cutanées et une nette amélioration des douleurs articulaires (AI doc 100).

**B.n** Les médecins SMR S.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont, dans leur avis médical du 8 décembre 2015 (AI doc 104), constaté que le compte-rendu du Dr L.\_\_\_\_\_ décrivait une évolution favorable de la maladie, et que ledit document n'était dès lors pas de nature à modifier l'appréciation de la situation médicale telle que décrite dans l'avis du 20 mai 2015 (voir *supra*, let. B.g).

**B.o** Par décision du 22 décembre 2015, l'autorité inférieure a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'intéressée ; elle a en ce sens repris la motivation figurant dans le projet de décision du 11 août 2015 (voir *supra*, let. B.k), sans ajouter de précisions supplémentaires (AI doc 105).

**C.**

**C.a** Par acte du 30 janvier 2016, l'intéressée a interjeté recours devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) contre la décision précitée (TAF pce 1).

La recourante a en particulier remis en cause la validité de l'expertise psychiatrique du 27 avril 2015, estimant dans un premier temps que celle-ci s'écartait radicalement des autres documents médicaux figurant au dossier, et ce sur la base d'une motivation peu étayée. Elle a ensuite rappelé avoir fait part à l'Office cantonal, au mois d'avril 2015, du contexte tendu dans lequel s'était déroulé l'expertise, relevant notamment s'être sentie « humiliée et méprisée par l'expert », et ajoutant que celui-ci s'était présenté comme un collaborateur de l'assurance-invalidité, ce qui faisait douter de son impartialité. Elle a encore rappelé que l'expertise indiquait qu'elle avait refusé de se soumettre à une prise de sang ; or l'intéressée avait dès le départ fait valoir qu'elle n'avait pas été en mesure de se rendre dans une autre ville car elle avait dû retourner en France auprès des médecins de son fils. Enfin, la recourante a souligné que la décision de l'autorité inférieure ne tenait nullement compte du syndrome de Gougerot-Sjögren dont elle souffrait ; l'Office cantonal aurait en ce sens dû mettre en place une expertise pluridisciplinaire. L'intéressée a ainsi conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 27 septembre 2013, subsidiairement au renvoi du dossier pour complément d'instruction et conduite d'une expertise pluridisciplinaire, alternativement à la mise en place, par le Tribunal de céans, d'une expertise judiciaire.

L'intéressée a encore joint à son recours divers documents médicaux, soit notamment :

- un certificat médical du Dr Sch. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychologue au centre hospitalier régional universitaire de I. \_\_\_\_\_, daté du 5 janvier 2016, dans lequel il indique suivre la recourante depuis le mois de mars 2014, et ne pas avoir été contacté pour fournir des informations quant à son état de santé ou à sa capacité de travail (TAF pce 1 [annexe 9]),

- un certificat médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 12 janvier 2016, reprenant ses précédents diagnostics et précisant que l'intéressé a présenté une poussée d'arthralgies inflammatoires ayant nécessité l'ajout d'une corticothérapie à son traitement habituel ; il relève par ailleurs que l'état de santé de sa patiente nécessite une réévaluation clinique régulière et une adaptation des traitements de fond (TAF pce 1 [annexe 7]),
- un avis médical du Dr Sch. \_\_\_\_\_ du 20 janvier 2016, duquel il ressort que l'intéressée présente une pathologie psychiatrique ayant un retentissement important sur sa capacité actuelle à exercer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit ; il estime en outre que l'expertise psychiatrique du 27 avril 2015 est contestable sur plusieurs points (TAF pce 1 [annexe 5]),
- et un dernier certificat médical du même médecin, daté du 27 janvier 2016, dans lequel il remet en cause des points de l'expertise du 27 avril 2015 relatifs au diagnostic et surtout aux conséquences sur la capacité de gain ; ainsi, il relève que l'intéressée présente un envahissement important de la pensée par des éléments anxieux, avec répercussion sur l'attention, la mémorisation et la concentration, qu'elle est incapable de réaliser des tâches de la vie courante, qu'elle présente des troubles du sommeil, que la symptomatologie dépressive semble évidente au premier plan, et que l'existence même d'un trouble de la personnalité (reconnu par le Dr Q. \_\_\_\_\_) implique des conséquences notables dans le milieu professionnel ; le Dr Sch. \_\_\_\_\_ relève encore qu'il existait déjà, chez l'intéressée, une symptomatologie dépressive avec tristesse intense et permanente avant que ne survienne la maladie de son fils ; il confirme enfin que sa patiente suit un traitement à base d'Effexor, de Xeroquel et de Zopiclone, et relève que le syndrome de Gougerot-Sjögren a inévitablement un retentissement sur le psychisme de l'intéressée (TAF pce 1 [annexe 6]).

**C.b** L'OAIE, dans sa réponse du 25 avril 2016, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 7) ; l'autorité inférieure s'est référée en ce sens à la prise de position de l'Office cantonal du 31 mars 2016, et à l'avis médical SMR du 14 mars 2016. Dans le premier document cité, l'Office cantonal faisait valoir que l'expertise psychiatrique du 27 avril 2015 était claire, motivée et exempte de contradictions, et qu'elle remplissait dès lors toutes les conditions pour se voir attribuer pleine valeur probante. L'Office cantonal a encore relevé que l'avis médical SMR

du 20 mai 2015 expliquait de manière convaincante les motifs pour lesquels il retenait une pleine capacité de travail. S'agissant de l'avis du 14 mars 2016, les Drs S. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ y ont relevé que l'expertise psychiatrique du Dr Q. \_\_\_\_\_ se fondait sur une anamnèse fouillée et sur une documentation médicale détaillée, qu'elle prenait en compte les plaintes de l'assurée, et qu'elle décrivait son environnement social et familial. Les médecins SMR ont par ailleurs relevé avoir tenu compte du syndrome de Gougerot-Sjögren, celui-ci ayant été décrit dans l'avis du 20 mai 2015 comme la principale atteinte à la santé de la recourante.

**C.c** L'intéressée, après s'être acquittée des frais de procédure de CHF 800.- (TAF pces 8 – 10), a pris position quant à la réponse de l'autorité inférieure du 25 avril 2016 par réplique du 31 mai 2016 (TAF pce 11), en y reprenant l'argumentation et les conclusions figurant dans son recours.

**C.d** L'autorité inférieure, dans sa duplique du 18 juillet 2016 renvoyant à l'avis de l'Office cantonal du 11 juillet 2016, conclut toujours au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 13).

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et art. 28 à 70 LAI), 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** En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

## **2.**

En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers – dans le cas concret il s'agit de de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de C. \_\_\_\_\_, l'assuré ayant travaillé en tant que frontalière dans ledit canton (voir AI doc 19 p. 2). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

## **3.**

**3.1** La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> 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), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la

loi 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 Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

**3.2** S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

#### **4.**

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'AI suisse, en particulier sur le point de savoir si les affections dont elle serait victime ont pu entraîner une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à celle-ci.

#### **5.**

L'intéressée relève notamment, dans son recours du 30 janvier 2016, avoir informé l'autorité inférieure du comportement selon elle déplacé et partial de l'expert psychiatre, sans que cette plainte n'ait été prise en compte par l'autorité inférieure (TAF pce 1 p. 3). Bien que de manière implicite et sans en faire un grief per se d'annulation de la décision attaquée, la recourante se plaint ainsi d'une violation de son droit d'être entendu. En tant que grief de nature formelle, il doit être examiné en premier lieu (ATF 138 I 232 consid. 5.1; arrêt du TF 9C\_692/2016 du 30 janvier 2017 consid. 4.1)

**5.1** De nature formelle, le droit d'être entendu est en effet une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ANDREAS AUER / GIORGIO MALINVERNI / MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3<sup>ème</sup> éd., 2013, n° 1358; JACQUES DUBEY / JEAN-BAPTISTE ZUFFEREY, Droit administratif général, 2014, n° 1982 ss; cf. également ATF 134 V 97; 135 I 279 consid. 2.6.1). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3).

**5.1.1** Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et, cas échéant, le droit de se faire représenter ou assister (cf. ATF 137 IV 33 consid. 9.2; 136 I 265 consid. 3.2 et réf. cit.; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêt du TF 1C\_308/2010 du 20 décembre 2010 consid. 3.1.2, non publié aux ATF 137 IV 25; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1; 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2; 136 I 184 consid. 2.2.1; 135 V 65 consid. 2.6 et les arrêts cités ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2).

**5.1.2** Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée, en particulier lorsque la décision entachée est couverte par une nouvelle décision qu'une autorité supérieure - jouissant d'un pouvoir d'examen au moins aussi étendu - a prononcée après avoir donné à la partie lésée la possibilité d'exercer effectivement son droit d'être entendu (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1; 133 I 201 consid. 2.2). Il faut ainsi, dans l'hypothèse d'une guérison de l'absence de motivation devant l'autorité supérieure, que l'autorité intimée justifie sa décision et l'explique dans le mémoire de réponse, et que le recourant soit ensuite en mesure de répliquer (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 365 et les références). Toutefois, la réparation de la violation du droit d'être entendu doit rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Si, en revanche, l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Néanmoins, même en cas de violation grave

du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

**5.2** Dans le cas présent, force est pour le Tribunal de constater que l'autorité de première instance ne s'est jamais prononcée sur le grief de partialité de l'expert invoqué par la recourante, qui l'a par ailleurs fait valoir avant même que le résultat de cette expertise ne soit portée à sa connaissance, conformément au principe de la bonne foi (ATF 120 Ia 19 consid. 2c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.1). Le Tribunal relève par ailleurs que l'Office cantonal avait lui-même souligné, dans sa note interne du 6 août 2015, qu'il s'imposerait de tenir compte des plaintes exprimées par l'intéressée dans l'hypothèse où elle s'opposerait au projet de décision (voir *supra*, let. B.j). Or force est de constater qu'à aucun moment de la procédure l'autorité inférieure ne s'est prononcée sur ce point. En particulier, et contrairement à ce qu'elle semble soutenir, le seul fait pour l'autorité de première instance d'avoir souligné la conformité de l'expertise psychiatrique avec les conditions posées par la jurisprudence ne saurait satisfaire au devoir de motivation qui lui incombait du fait des plaintes émises par la recourante. Elle se devait au contraire d'examiner la question de l'existence de circonstances propres à faire naître un doute sur la question de l'impartialité de l'expert (« expert prévenu »), en tenant notamment compte du fait que la situation entre l'expert et l'intéressée était tendue (arrêt du TAF C-7555/2015 du 14 septembre 2017 consid. 12.4), ce que la recourante a affirmé explicitement (voir *supra*, let. B.f), et ce que le médecin psychiatre a lui-même soutenu (« *La collaboration est à la limite de celle à laquelle on peut s'attendre lors de la passation d'un examen d'expertise* » [voir *supra*, let. B.g]). Sur cette base, le Tribunal constate que les allégations de l'intéressée quant à la supposée partialité de l'expert n'ont pas été prises en compte dans la motivation de la décision attaquée ; ainsi, bien que la recourante ait été en mesure de faire valoir la supposée partialité de l'expert, elle s'est ensuite trouvée placée dans la même situation que si elle n'avait pas eu la possibilité de présenter ses arguments (ATF 133 III 235 consid. 5.2).

Il y a dès lors lieu de retenir une violation du droit d'être entendu de la recourante. Une guérison du vice ne saurait par ailleurs intervenir, l'autorité inférieure n'ayant pas remédié à ce défaut de motivation dans ses prises de positions qui ont suivies le dépôt du recours, s'étant contentée de

réaffirmer que l'expertise satisfaisait aux conditions posées par la jurisprudence (voir *supra*, let. C.b et C.d). Ainsi déjà pour le seul motif de la violation du droit d'être entendu, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

## 6.

**6.1** L'intéressée conteste l'appréciation faite par l'autorité de première instance de son état de santé et donc de sa pleine capacité de travail.

**6.2** Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (AI doc 26). Il reste donc à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

## 7.

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 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 les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

**8.**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2025).

**9.**

**9.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6).

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, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice

d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

**9.2** Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

**9.3** S'agissant plus précisément des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent dès lors pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-

vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

## 10.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi,

lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références).

## 11.

En l'espèce, le Tribunal relève que l'intéressée présente tant des affections sur le plan somatique que sur le plan psychique. Il s'agit dès lors de distinguer ces atteintes et les limitations fonctionnelles qui pourraient en découler, avant de déterminer si la capacité de gain de la recourante a été correctement évaluée par l'autorité inférieure.

### 11.1

**11.1.1** S'agissant des atteintes somatiques, il est incontesté que l'intéressée souffre d'un syndrome de Gougerot-Sjögren et d'un lupus cutané (voir en ce sens les avis médicaux de la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2012, du Dr H.\_\_\_\_\_ du 11 février 2013 et du 16 avril 2013, du Dr K.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2013, du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 février 2014 [*supra*, let. B.a]). Il est en outre admis que l'intéressée souffre d'une maladie (voire d'un syndrome) de Raynaud (comparer les avis médicaux de la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2012, de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2012, du Dr H.\_\_\_\_\_ du 11 février 2013 et du 16 avril 2013, avec celui du Dr K.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2013 [voir *supra*, let. B.a]). Enfin, d'autres atteintes, à savoir en particulier les polyarthralgies (voir l'avis médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2013 et du Dr L.\_\_\_\_\_ du 10 avril 2014, ainsi que du Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport E 213 du 19 mars 2014, lequel évoque des douleurs articulaires), et d'entorse au genou (voir le rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_ reçu par l'Office cantonal le 26 mars 2014) sont relevées par les médecins susmentionnés (voir *supra*, let. B.a, B.m). En ce qui a trait aux médecins SMR, ceux-ci retiennent, en particulier dans l'avis du 20 mai 2015 (voir *supra*, let. B.h), les diagnostics de syndrome de Gougerot-Sjögren, de lupus cutané et de maladie de Raynaud.

**11.1.2** Concernant les répercussions des atteintes somatiques sur la capacité de travail de l'intéressée, le Tribunal constate comme suit :

Si le Dr K.\_\_\_\_\_ se prononce, dans son expertise du 31 mai 2013, en faveur d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle à un taux de 50%, il est en revanche peu clair si l'exercice d'une activité à un taux

supérieur est envisageable (voir *supra*, let. B.a). En revanche, tant la Dresse D.\_\_\_\_\_ que la Dresse N.\_\_\_\_\_ (médecins traitants de la recourante) indiquent, dans leurs avis du 12 novembre 2012, du 26 mars 2014 et du 24 juin 2014 que l'incapacité de travail résulte des atteintes psychiques et non, *a contrario*, des atteintes somatiques (voir *supra*, let. B.a, B.c). L'avis selon lequel le syndrome de Gougerot-Sjögren n'entraîne pas de limitations fonctionnelles du point de vue physique est corroboré par le Dr L.\_\_\_\_\_ qui, dans son compte rendu de consultation du 26 février 2014, retient que le syndrome de Gougerot-Sjögren ne pose pas de problèmes imminents (voir *supra*, let. B.a). Si on peut certes relever que le Dr H.\_\_\_\_\_ indique, dans son rapport du 16 avril 2013, que ledit syndrome a un effet sur la capacité de travail, force est de constater que cette affirmation n'est pas expliquée et qu'aucune limitation fonctionnelle n'est retenue par le médecin dans ce contexte, de sorte que ce diagnostic avec effet sur la capacité de travail paraît peu convaincant (voir *supra*, let. B.a). Il sied par ailleurs de relever que le même médecin conclura par la suite, dans son compte-rendu de consultation du 16 septembre 2013, que le traitement par Plaquenil dudit syndrome, de même que le traitement par Amlor du phénomène de Raynaud sont bien tolérés (voir *supra*, let. B.a). S'agissant de ces atteintes somatiques, le Tribunal peut donc se rallier à l'avis SMR du 26 avril 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_ (voir *supra*, let. B.a), dans lequel celui-ci considère que lesdites atteintes ne se répercutent pas sur la capacité de travail de la recourante.

Par ailleurs, bien que des douleurs articulaires incapacitantes sont relevées (soit par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son avis du 10 avril 2014 [voir *supra*, let. B.a]), lesdites douleurs seront, par la suite, considérées par le même médecin comme s'étant nettement améliorées (avis médical du 20 octobre 2015 [voir *supra*, let. B.m]) – corroborant en ce sens l'avis exprimé par le Dr K.\_\_\_\_\_ qui considérait, dans son expertise du 31 mai 2013, que la santé de la recourante était en voie d'amélioration (AI doc 48 p. 5). Par ailleurs, le Dr M.\_\_\_\_\_ retient quant à lui, dans son rapport E 213 du 19 mars 2014, que ces douleurs articulaires sont sans incidence sur la capacité de travail (voir *supra*, let. B.a).

Le Tribunal considère en ce sens que s'agissant des affections somatiques susmentionnées, les avis médicaux exprimés dans le dossier présentent une cohérence à laquelle il peut se référer, en concluant que ces atteintes somatiques ne conduisent pas en tant que telles à des limitations fonctionnelles.

**11.1.3** Il faut en revanche constater qu'en ne retenant, du point de vue somatique, que les diagnostics de syndrome de Gougerot-Sjögren associé à un lupus cutané ainsi que de maladie de Raynaud, l'avis médical SMR du 20 mai 2015 omet de tenir compte de ceux de polyarthralgies et d'entorse du genou. Si les polyarthralgies doivent, au vu de la documentation médicale figurant au dossier, être considérées comme n'entraînant plus de limitations fonctionnelles (voir *supra*, consid. 11.1.2), force est de constater que l'entorse du genou ne fait l'objet d'aucun commentaire (on rappellera, dans ce contexte, qu'il appartient au médecin SMR d'indiquer les raisons qui le conduisent à écarter un diagnostic [voir *supra*, consid. 9.3]) ; il en ressort que l'avis du 20 mai 2015 est lacunaire sur ce point. En outre, si les médecins SMR ne semblent pas retenir d'incapacité de travail dans l'activité habituelle sur le plan physique, ils indiquent pourtant que l'intéressée doit s'abstenir d'efforts physiques et se protéger du froid. Or dite activité habituelle, que l'Office cantonal a pourtant considéré comme étant une activité adaptée, nécessite que l'intéressée déploie un effort physique moyen (voir AI doc 33 p. 11) ; l'évaluation d'éventuelles limitations fonctionnelles sur le plan somatique apparaît dès lors elle aussi comme étant lacunaire.

**11.1.4** En ce qui a trait à la question des atteintes psychiques, tous les médecins précédant l'expertise psychiatrique du 27 avril 2015 retiennent l'existence d'un syndrome dépressif (voir en ce sens les avis médicaux de la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2012, de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2012, du Dr H.\_\_\_\_\_ du 16 avril 2013, du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 février 2014, de la Dresse N.\_\_\_\_\_ du 26 mars 2014 [syndrome dépressif F32.10 ; voir *supra*, let. B.a]). Le Dr M.\_\_\_\_\_, dans le rapport E 213 du 19 mars 2014, parle quant à lui d'une dépression récurrente et prononcée survenant dans un contexte de probable labilité humorale ; enfin, dans son expertise du 31 mai 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ constate lui aussi un état dépressif (voir *supra*, let. B.a). De manière plus éparse, les diagnostics d'asthénie majeure et d'anorexie réactionnelle sont retenus (voir *supra*, let. B.a).

En rupture avec les avis précédents, le Dr Q.\_\_\_\_\_, dans son expertise psychiatrique susmentionnée, écarte le diagnostic de syndrome dépressif au profit de ceux de trouble anxieux et dépressif mixte secondaire aux maladies somatiques ainsi qu'aux difficultés médicales des enfants de l'intéressée (F41.2), et de personnalité anxieuse/évitante (F60.6).

**11.1.5** S'agissant de la question des limitations fonctionnelles résultant des atteintes à la santé psychique, la Dresse D.\_\_\_\_\_, dans son avis du 12

novembre 2012, conclut à une incapacité de travail totale ; dans son certificat médical du 27 janvier 2013, la même médecin indique qu'une reprise thérapeutique à 40% de l'activité habituelle est envisageable dès le 1<sup>er</sup> mars 2013. Le Dr M.\_\_\_\_\_, dans le rapport E 213 présent au dossier, retient en revanche une incapacité de travail d'au moins 66.6% (état incompatible avec une reprise d'activité professionnelle lourde à ce stade évolutif de la maladie). La Dresse N.\_\_\_\_\_ considère quant à elle, dans le rapport médical reçu par l'Office cantonal le 26 mars 2014, qu'aucune activité n'est possible à cette date et qu'il est impossible d'établir un pronostic sur une date de reprise (voir *supra*, let. B.a).

S'écartant des précédents avis médicaux portant sur la question des atteintes psychiques, le Dr Q.\_\_\_\_\_ considère que d'un point de vue psychiatrique, en l'absence de limitations fonctionnelles, l'intéressée a toujours été capable de travailler à 100% dans son ancienne activité (voir *supra*, let. B.g).

Dans son rapport du 20 mai 2015, la Dresse O.\_\_\_\_\_, médecin SMR appelée à se prononcer sur le cas, reprend quant à elle les conclusions de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, en retenant que celle-ci est convaincante, et qu'il n'y a dès lors pas lieu de retenir une atteinte incapacitante de longue durée du point de vue psychique (la seule limitation sur la plan psychique étant une difficulté à gérer le stress [voir *supra*, let. B.h]).

**11.1.6** Postérieurement au prononcé de la décision attaquée, la recourante a transmis au Tribunal de céans des avis médicaux du Dr Sch.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychologue (voir *supra*, let. C.a), lequel a notamment indiqué, dans son avis du 27 janvier 2016, qu'il suivait l'intéressée depuis le mois de mars 2014, et a exprimé son désaccord s'agissant des conclusions retenues dans l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_. Il a en ce sens estimé que l'intéressée souffrait d'une symptomatologie dépressive avec tristesse intense et permanente, ce qui était déjà le cas avant que ne survienne la maladie de son fils ; il a en outre estimé que l'existence même d'un trouble de la personnalité impliquait des conséquences notables dans le milieu professionnel.

**11.1.7** S'agissant de l'avis du Dr Sch.\_\_\_\_\_ susmentionné, le Tribunal relève que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, il ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours

(ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Or dans le cas d'espèce, les avis médicaux du Dr Sch.\_\_\_\_\_, s'ils font d'abord état d'un avis médical divergeant de celui exprimé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son expertise, révèlent surtout que ladite expertise a été rendue sans que ne soit pris en compte l'avis du psychiatre traitant de la recourante – le Dr Sch.\_\_\_\_\_ ayant notamment indiqué ne jamais avoir été contacté par l'Office cantonal pour fournir des informations quant à l'état de santé et à la capacité de travail de sa patiente (voir le certificat du 5 janvier 2016 [*supra*, let. C.a]). Pourtant, tant l'Office cantonal que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avaient été informés, par courrier de la recourante du 6 janvier 2015, soit avant l'établissement de l'expertise du 27 avril 2015, qu'elle se trouvait actuellement en suivi psychiatrique suite à sa tentative de suicide (voir *supra*, let. B.d). Il y a ainsi lieu de considérer, dans ces circonstances, que l'expertise du 27 avril 2015 repose sur une anamnèse de la recourante et sur une documentation médicale incomplètes, tout en posant un diagnostic s'écartant sensiblement des autres avis médicaux. Partant, elle ne serait se voir reconnaître de valeur probante.

**11.1.8** L'avis SMR exprimé dans le rapport du 20 mai 2015 repose en ce sens, du point de vue psychique, sur un dossier médical lacunaire ; le Tribunal relève dans ce contexte que l'Office cantonal se devait d'instruire plus en avant le dossier médical de la recourante, sachant qu'il avait été explicitement informés, le 6 juin 2015, non seulement du fait que la recourante avait commis une tentative de suicide et qu'elle était en suivi psychiatrique pour ce motif, mais encore que les documents médicaux y relatifs n'avaient ni été ajoutés au dossier, ni été pris en compte dans l'expertise psychiatrique du 27 avril 2015 (voir *supra*, let. B.h). Il sied encore de relever que l'avis médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 février 2014 faisait déjà mention du suivi psychiatrique de l'intéressée au sein du Centre hospitalier (voir *supra*, le. B.a). Le Tribunal de céans constate dès lors une violation, par l'autorité inférieure, du principe inquisitoire (voir *supra*, consid. 9.1).

## **12.**

Au regard de l'ensemble de ce qui précède, le Tribunal de céans arrive à la conclusion que l'autorité inférieure, qui non seulement a violé le droit d'être entendu de la recourante en ne se prononçant pas sur la question de l'impartialité, respectivement de la partialité du Dr Q.\_\_\_\_\_, ne pouvait en outre pas se fonder sur l'expertise médicale établie par celui-ci pour prendre la décision querellée (voir *supra*, consid. 11.2.4 s.) ; en outre, elle se devait de prendre connaissance de l'avis médical du Dr Sch.\_\_\_\_\_, au plus tard lorsque l'intéressée leur avait explicitement

signalé être suivie dans un centre psychiatrique en raison de sa tentative de suicide, soit au mois de janvier 2015 (voir *supra*, consid. 11.8). En outre, l'appréciation des médecins SMR concernant les limitations fonctionnelles engendrées sur le plan somatique et leurs répercussions sur la capacité de travail, en tous cas dans l'activité habituelle, apparaît comme étant incohérente (voir *supra*, consid. 11.1.3). Dès lors, l'OAIE aurait dû constater qu'aucun document ne permettait clairement d'établir avec certitude les atteintes à la santé actuelles de la recourante, en tous cas du point de vue psychiatrique, ainsi que les limitations fonctionnelles qui pouvaient découler de l'état de santé de la recourante.

### 13.

**13.1** Il s'ensuit qu'en l'état, le dossier ne permet pas de se prononcer sur l'invalidité de la recourante, de sorte qu'il doit être complété. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure. Dans la mesure où aucun élément figurant au dossier ne s'y oppose (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2 et références citées ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4575/2013 du 3 février 2015 consid. 7.6), une expertise psychiatrique, ainsi que toutes autres mesures d'instruction jugées utiles, devront être menées en Suisse. Dans le cadre de l'établissement de l'expertise psychiatrique, qui devra se conformer aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-avant (voir *supra*, consid. 9.2), la recourante disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210.

Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (voir art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1).

**13.2** Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision du 22 décembre 2015 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier si la recourante présente des affections psychiatriques invalidantes. Bien que la question d'une éventuelle partialité de l'expert psychiatre n'ait en l'espèce pas à être tranchée, il sera jugé opportun, par précaution, d'adresser l'intéressée à un autre médecin psychiatre que celui ayant établi l'expertise du 27 avril 2015. L'autorité inférieure s'assurera par ailleurs de la prise en compte, par les médecins SMR, des diagnostics de

polyarthralgies et d'entorse ressortant du dossier dans leur appréciation de la situation médicale de l'intéressée. En outre, les médecins prendront en compte l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues en vue de s'assurer si, du point de vue somatique, l'activité habituelle de la recourante constitue effectivement une activité adaptée. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

**14.**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante au cours de la procédure lui sera remboursée sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal.

En outre, 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 par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de CHF 2800.-, à la charge de l'autorité inférieure.

(dispositif page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :****1.**

Le recours est partiellement admis, en ce sens que la décision du 22 décembre 2015 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal.

**3.**

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

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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. 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :