



---

Cour III  
C-6323/2014

## Arrêt du 14 mars 2017

---

Composition

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

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Isabelle Dürr,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 22 septembre 2014).

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissante suisse née le (...) 1960, établie en France dès l'année 2007, a travaillé en Suisse à compter de l'année 1976, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse ; elle a notamment occupé un poste d'agente de sûreté auprès de B.\_\_\_\_\_ dès le 15 septembre 2005 (AI docs 11, 14, 23, 28). Elle a, en raison de ses douleurs au dos, été mise en arrêt de travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012, à 50% dès le 5 janvier 2013, et à nouveau à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2013 (voir AI doc 7 p. 3, doc 25 p. 3). A.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'indemnités journalières de son assureur-maladie, Vaudoise Générale, Compagnie d'assurances SA, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2013 (ci-après : l'assureur-maladie ; AI doc 22 p. 2, doc 36 p. 2). Le 24 avril 2013, enfin, l'employeur de l'intéressée a annoncé à l'Office AI du canton de Genève (ci-après : l'OCAS) le cas de cette dernière en détection précoce (AI docs 1 - 3).

**B.**

Le 2 juillet 2013, l'intéressée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OCAS (AI doc 11 p. 1 ss).

Diverses pièces ont été fournies dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, certaines provenant par ailleurs du dossier de l'assureur-maladie, à savoir :

- un procès-verbal de l'entretien de détection précoce du 5 juin 2012, dans lequel l'intéressée déclare notamment qu'elle subit une fatigue importante, qu'elle « se bat pour garder le moral », mais qu'elle se sent « dans le flou » et qu'elle « n'assume rien », et enfin qu'elle aimerait reprendre son activité professionnelle (AI doc 4),
- un « rapport test d'effort » de la Dresse C.\_\_\_\_\_, cardiologue, daté du 23 janvier 2013, qui relève que si l'intéressée est limitée dans ses efforts en raison de ses douleurs au niveau du dos et de ses membres inférieurs, aucune cause cardiaque ne permet d'expliquer ses précordialgies et sa dyspnée (AI doc 22 p. 15),
- des résultats d'examens du 24 janvier 2013, effectués par le Dr D.\_\_\_\_\_, gastroentérologue et hépatologue, et concluant à une hernie hiatale associée à un endobrachyoesophage (AI doc 22 p. 9 - 11),

- un rapport médical du Dr E.\_\_\_\_\_, neurologue, daté du 13 février 2013, relevant tout d'abord que l'intéressée a, par le passé, souffert d'une discopathie C5-C6, C6-C7 ; il relève ensuite que l'intéressée exprime diverses plaintes (point épigastrique transfixiant fluctuant, douleurs diffuses au niveau des deux bras avec une impression de tiraillement, douleurs à l'aine) ; il indique notamment que sa patiente est capable de marcher mais qu'une promenade de deux heures l'épuise ; le Dr E.\_\_\_\_\_ ne soupçonne l'existence d'aucune maladie neurologique sous-jacente, relevant que l'examen clinique-neurologique ne présente rien d'anormal ; constatant en revanche que sa patiente a exprimé « une certaine lassitude à son travail (...) qui l'oblige à se lever à 2h ou 3h du matin, travail qu'elle effectue depuis sept à huit ans », il note que la fatigue et l'épuisement de l'intéressée pourrait être à l'origine de ses douleurs somatoformes (AI doc 7),
- un courrier du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant, adressé à l'assureur-maladie, daté du 26 février 2013, dans lequel il est notamment indiqué que l'intéressée a été mise en arrêt de travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012 et à 50% dès le 5 janvier 2013 ; le médecin relève avoir notamment prescrit à sa patiente de la physiothérapie et du Célébrex 200 mg ; il souligne en outre avoir dirigé celle-ci auprès d'un ostéopathe, suite à quoi des résultats positifs se seraient fait sentir « sur l'impression d'étau thoracique », sans que des changements relatifs à la fatigue intense et aux douleurs ne soient constatés (AI doc 7 p. 3),
- un résultat d'examen daté du 27 février 2013, établi par la Dresse G.\_\_\_\_\_, radiologue, qui ne relève aucune anomalie significative, mais note la présence de quelques lésions de démyélinisation non spécifiques dans la substance blanche périventriculaire, en particulier en contact des cornes occipitales (AI doc 7 p. 5 s.),
- un courrier du 2 avril 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_, adressé à l'assureur-maladie, relevant que l'intéressée semble présenter un syndrome douloureux chronique, et que « la connaissant bien », il la croit lorsqu'elle s'estime incapable de travailler (AI doc 7 p. 4),
- un questionnaire rempli en date du 19 avril 2013 par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin interne, sur demande du 19 mars 2013 du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur-maladie, dans laquelle le premier cité indique avoir, sur la base des plaintes exprimées par l'intéressée quant à ses douleurs (sous-costales et des deux plis de l'aine), conclu à une

incapacité de travail totale de celle-ci à compter du 1<sup>er</sup> mars 2013 (AI doc 22 p. 7),

- une évaluation médicale du 22 avril 2013 du Dr I.\_\_\_\_\_, dans laquelle il est indiqué que l'intéressée souffre de fibromyalgie, dont l'évolution est stationnaire, et que les raisons médicales contribuant à l'incapacité de travail sont sa fatigabilité ainsi que ses polyalgies (AI doc 22 p. 4),
- un rapport du 14 juillet 2013, établi par le Dr E.\_\_\_\_\_ sur demande de l'OCAS, dans lequel le premier cité indique qu'il suspecte l'existence, chez la patiente, d'une fibromyalgie existant depuis le mois de décembre 2012 ; il relève, dans l'anamnèse, une symptomatologie douloureuse complexe ; le Dr E.\_\_\_\_\_ note que sa patiente souffre de douleurs aux épaules et d'une fatigue intense ; enfin, il indique que l'intéressée ne souffre pas de limitations fonctionnelles, en dehors de sa capacité de résistance et du fait qu'elle doit porter des charges inférieures à 4 kg ; dans l'activité habituelle, la capacité de travail est de 50% (AI doc 20),
- le questionnaire pour l'employeur rempli par celui-ci en date du 15 juillet 2013, indiquant que le salaire de l'intéressée s'élève, pour l'année 2013, à CHF 86'201.90.- ; il y est en outre précisé que l'activité habituelle s'effectue un tiers du temps en position assise, le reste en position debout ; en outre, dite activité requiert la pleine capacité physique de l'intéressée ; il serait toutefois possible, pour une durée limitée, de l'effectuer en position assise (AI doc 23),
- un rapport du 22 juillet 2013, établi sur demande de l'OCAS par le Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue, dans lequel il est diagnostiqué, chez l'intéressée, un syndrome somatoforme douloureux ; le rapport précise que les restrictions physiques peuvent être partiellement réduites par des mesures médicales ; concernant les travaux que l'intéressée serait encore en mesure d'effectuer, le Dr J.\_\_\_\_\_ indique qu'elle est limitée dans tous les travaux possibles, à l'exception d'activités permettant de changer régulièrement de position ; en outre, sa patiente n'est pas limitée dans ses capacités de compréhension et d'adaptation ; elle l'est en revanche au niveau de sa concentration (fatigabilité) et de sa résistance ; s'agissant d'une éventuelle reprise de l'activité professionnelle, le Dr J.\_\_\_\_\_ renvoie aux conclusions du médecin traitant de l'intéressée (fibromyalgie ; AI doc 24),

- un avis médical rempli sur demande de l'OCAS par le Dr F.\_\_\_\_\_, en date du 13 août 2013, qui indique que l'intéressée est atteinte de « fibromyalgie ( ? ) » depuis le mois de décembre 2012, qu'elle est de ce fait en incapacité de travail totale et souffre de douleurs au dos ainsi que d'épuisement ; le médecin estime qu'une reprise de l'activité habituelle n'est pas exigible, dans la mesure où sa patiente doit souvent s'asseoir en raison d'épuisement ; il indique en outre que les restrictions physiques ne peuvent pas être diminuées par des mesures médicales ; en revanche, du point de vue psychique, la patiente est efficace à 100% ; s'agissant de l'éventuel exercice d'une activité adaptée, enfin, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique que l'intéressée est en mesure d'effectuer un travail non physique, voire tout au plus des activités nécessitant de se pencher, de soulever des charges de 3-4 kg et de monter des escaliers ; l'intéressée est de plus limitée dans ses capacités d'adaptation (AI doc 25),
- et, enfin, une expertise du 21 août 2013, établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, rhumatologue, à la suite d'un examen effectué le même jour, et sur requête de l'assureur-maladie (AI doc 32) ; le médecin relève, dans l'anamnèse, une hospitalisation en 1993 (environ) pour sensations de fourmillements dans le membre inférieur gauche, une opération d'un épicondylite à droite en 2002, ainsi qu'une chute en 2011 ayant causé une entorse cervicale ; en octobre 2012, l'intéressée aurait commencé à ressentir des douleurs dans les muscles et (peut-être) dans les os (des jambes, des bras, de la nuque et du dos) ; des myalgies diffuses d'origine fonctionnelle, de la maigreur, et un état anxieux lui sont diagnostiqués ; il est relevé que l'intéressée se plaint de douleurs musculaires et osseuses migratrices aggravées par les mouvements, de difficulté à la respiration, et qu'elle ne peut marcher que 40 minutes avant de se sentir fatiguée, et que la position debout stationnaire, le port de charges, ainsi que les mouvements avec les bras lui sont trop pénibles ; en outre, ces douleurs l'entravent dans l'exercice de tâches ménagères simples (cuisine, ménage) ; le médecin relève encore que la capacité de travail est totale dans une activité adaptée en position alternée, en faisant toutefois attention à ne pas porter des charges lourdes de plus de 10 kg ou effectuer des travaux répétitifs manuels simples ; en conclusion, le Dr K.\_\_\_\_\_, qui soutient l'absence d'une maladie métabolique définie, constate plutôt une surcharge fonctionnelle découlant d'un état anxieux sous-jacent ; dès lors, il estime que l'intéressée est en mesure de reprendre son activité à 50% au mois d'octobre 2013, et à 100% dès le mois de novembre 2013 (son avis sur ce point ne sera toutefois pas suivi par l'assureur-maladie

qui, par courrier du 28 octobre 2013, indiquera à l'assurée que des indemnités journalières lui seront versées jusqu'au 30 avril 2014, pour autant que l'incapacité de travail soit attestée médicalement ; voir AI doc 36).

### **C.**

Dans un rapport d'évaluation du 11 septembre 2013, l'OCAS a relevé que l'intéressée se plaignait de douleurs musculaires, de fatigue et de difficulté du sommeil, souffrait probablement de fibromyalgie. Sur cette base, l'Office a proposé de rediriger l'intéressée vers une activité moins physique, en proposant à cette fin qu'elle suive des cours d'anglais ou de bureautique (AI doc 29). Dans une seconde note datée du 25 septembre 2013, l'OCAS a relevé que l'option de se reconvertir professionnellement dans une autre activité auprès du même employeur était compromise, dans la mesure où des postes moins physiques que son activité habituelle y étaient peu nombreux (AI doc 31). Dans une troisième note interne datant du mois d'octobre 2013, l'Office a relevé que l'intéressée comptait s'inscrire à une formation de réceptionniste-secrétaire ou d'assistante administrative (AI doc 33).

### **D.**

Ont encore été versés, dès le mois d'octobre 2013 :

- un certificat médical du Dr F.\_\_\_\_\_, daté du 2 octobre 2013, indiquant que l'intéressée n'est actuellement pas en mesure de reprendre son activité habituelle (en raison d'un état de fatigue persistant et d'une perte d'autonomie), dans la mesure où celle-ci implique une bonne forme physique et une pleine capacité de concentration ; en outre, il y est indiqué que l'intéressée « ne demande qu'à travailler dans une activité adéquate, tenant compte de son handicap » (AI doc 55 p. 9),
- une série de certificats médicaux établis par le Dr F.\_\_\_\_\_, couvrant la période du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 10 avril 2014, et mettant l'intéressée en incapacité de travail totale (AI doc 55 p. 3 – 10).

### **E.**

Par communication du 29 octobre 2013, l'OCAS a indiqué à l'intéressée que des mesures d'intervention précoces seraient mises en places sous la forme d'un cours de formation à la maîtrise des outils bureautiques de base (AI doc 35).

**F.**

Dans un avis médical du 28 novembre 2013, la Dresse L. \_\_\_\_\_ (médecin du Service médical régional AI [ci-après : médecin SMR]) a relevé que le Dr K. \_\_\_\_\_ avait, dans son rapport du 21 août 2013, retenu les diagnostics de maigreur, d'état anxieux, et enfin de myalgies diffuses d'origine fonctionnelle (correspondant à un syndrome douloureux diffus sans substrat organique). Sur cette base, la médecin SMR a relevé que les restrictions fonctionnelles retenues par le Dr K. \_\_\_\_\_ étaient sans substrat organique, et uniquement liées aux plaintes de l'intéressée ; elle a dès lors écarté l'existence de telles limitations. Enfin, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a constaté qu'il s'agissait d'un contexte de syndromes douloureux diffus qui étaient présents chez une personne présentant un état anxieux ; dès lors, elle a relevé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, en vue de déterminer si l'intéressée présentait des limitations fonctionnelles sur le plan psychique (AI doc 43).

**G.**

Dans une note interne datée du 21 janvier 2014, faisant suite à un échange téléphonique avec l'intéressée, l'OCAS a relevé que celle-ci mettait « toute son énergie dans la recherche d'emploi » (AI doc 45).

**H.**

Sur la base d'un examen de l'intéressée et à la suite d'un appel téléphonique échangé le 7 avril 2014 avec son médecin traitant (le Dr F. \_\_\_\_\_), le Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, a établi, en date du 14 avril 2014, un « rapport d'expertise psychiatrique » (AI doc 54). Le contenu dudit rapport peut être résumé comme suit :

- le Dr M. \_\_\_\_\_ pose, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), sans comorbidité psychiatrique handicapante ; il note que l'intéressée se plaint de douleurs généralisées qui l'empêchent de travailler, d'une incapacité à porter des charges lourdes, de chutes et de pertes d'équilibre, de troubles de l'attention, et, enfin, de troubles du sommeil en lien avec ses douleurs ; le Dr M. \_\_\_\_\_ relève que « ces douleurs, bien que ne correspondant pas aux examens effectués, sont perçues comme réelles » ; il relève en outre comme suit : « Madame A. \_\_\_\_\_ nie la présence de sentiments d'infériorité ou de dévalorisation. Pas de sentiments de ruine. Selon l'assurée, l'élan vital est diminué. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires » ; le Dr M. \_\_\_\_\_ indique que la patiente « aime lire et c'est cette activité qu'elle pratique le plus. Elle s'occupe de l'éducation de son

chien qu'elle sort une fois par semaine avec une amie. Deux fois par semaine, elle s'occupe de la préparation des repas (...) l'assurée évoque une vie sociale riche et satisfaisante (elle a des amis qu'elle rencontre régulièrement et en éprouve du plaisir) » ; il est noté qu'elle présente un score de 16 sur l'échelle d'Hamilton (anxiété légère), et de 12 sur l'échelle de MADRS (absence de dépression) ; le Dr M.\_\_\_\_\_ relève qu'il n'y a dès lors ni état dépressif ni état anxieux, et que l'intéressée « fait des efforts pour améliorer son état et rester active, comme l'attestent toutes les thérapies qu'elle a essayées, ainsi que le fait d'avoir cherché, de ses propres moyens, à faire un stage d'intégration professionnelle » ; il note encore que lors de leur échange téléphonique, le Dr F.\_\_\_\_\_ lui a confirmé son impression clinique, à savoir « un tableau dépressif réactionnel à la douleur et à la limitation fonctionnelle » ; sur cette base, le Dr M.\_\_\_\_\_ constate que, du point de vue psychiatrique, l'intéressée est capable de travailler à 100%, et que son activité habituelle, notamment, est exigible sans limitation qualitative ou quantitative ; en ce qui concerne les limitations physiques objectivables, le Dr M.\_\_\_\_\_ renvoie au rapport établi par le Dr K.\_\_\_\_\_ en date du 21 août 2013 (voir *supra*, let. B) ; il relève enfin que l'intéressée s'est elle-même estimée capable de travailler à 60%.

**I.**

Le 30 avril 2014, l'OCAS a relevé que l'intéressée avait débuté un stage auprès de son employeur en vue d'une éventuelle reconversion professionnelle, dans la mesure où elle espérait être affectée à un poste fixe d'assistante administrative à 70% (AI doc 56). Le stage a toutefois été interrompu par la suite, au vu du fait que l'intéressée ne disposait pas des connaissances informatiques nécessaires à l'exercice de cette activité (voir courrier du 8 mai 2014 [AI doc 58]).

**J.**

Se référant aux expertises des Drs K.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ (voir *supra*, let. B, G), le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin SMR, a, dans son avis médical du 8 mai 2014, estimé que lesdites expertises étaient convaincantes, qu'elles prenaient en compte les plaintes de l'intéressée, et qu'elles s'appuyaient sur des examens cliniques (somatiques et psychiques) exhaustifs. Il a dès lors relevé que les conclusions des médecins précités, cohérentes et justifiées, pouvaient être suivies (AI doc 59).

**K.**

Par projet de décision du 27 juin 2014, l'OCAS a indiqué à l'intéressée que dans la mesure où elle ne souffrait pas d'une maladie invalidante, son atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité au sens de la LAI. Elle a dès lors conclu au rejet de la demande de prestations du 2 juillet 2013 (AI doc 62).

**L.**

Dans un courrier du 6 août 2014, la Dresse O.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, s'est annoncée comme étant la psychiatre traitante de l'intéressée. Elle a, dans un courrier co-signé par cette dernière, déclaré s'opposer au projet de décision du 27 juin 2014 (AI doc 66). Son courrier indiquait notamment comme suit :

- « Je suis depuis peu le psychiatre traitant de cette patiente ; son état psychique ne lui permet pas de travailler. L'intéressée n'est pas en état de travailler, dans la mesure où elle présente une quantité de symptômes disparates, pour lesquels il est difficile de poser un diagnostic » ; la Dresse O.\_\_\_\_\_ relève que sa patiente présente « une indifférence, un détachement des affects », et « qu'elle n'arrive pas à se lever le matin, pas d'envie, pas d'énergie ; son mari la pose devant son petit déjeuner qu'il a préparé ; elle mange puis se pose dans son canapé (...), n'arrive pas à se lever du canapé (...). La patiente mentionne une douleur, une fatigue, un manque de force. Le moindre effort physique lui coûte ; elle a une oppression au niveau de la poitrine qui lui coupe le souffle (...). Elle dit qu'elle est anxieuse, mais cela ne transparait pas dans son discours et ses attitudes ; elle se dit gênée de se plaindre ; que cela met ses interlocuteurs dans une position de trouver des solutions à ses problèmes et que ce n'est pas leur rôle. Elle accepte difficilement d'avoir besoin d'autrui (...). L'expertise psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_ ne met pas en évidence ces difficultés ; elles sont pourtant invalidantes. J'ai pu parler au Dr M.\_\_\_\_\_, qui m'a dit ne pas avoir remarqué ces éléments (...). Madame A.\_\_\_\_\_ n'est pas apte à travailler ».

**M.**

Dans sa prise de position du 3 septembre 2014, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin SMR, a souligné que la Dresse O.\_\_\_\_\_ indiquait elle-même ne pas comprendre la symptomatologie de sa patiente et ne pas pouvoir poser un diagnostic. En outre, elle ne fournissait pas d'argument pour soutenir son évaluation d'une incapacité de travail dans toute activité. Il a dès lors

maintenu ses conclusions faites dans son avis médical du 8 mai 2014 (AI doc 68 ; voir *supra*, let. H).

#### **N.**

Par décision du 22 septembre 2014, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'intéressée du 2 juillet 2013. L'autorité inférieure a relevé que le courrier de la Dresse O. \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément qui, sur le plan médical, aurait été susceptible de remettre en cause les conclusions du SMR (AI doc 71).

#### **O.**

Le 29 octobre 2014, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Isabelle Dürr (voir procuration du 13 octobre 2014), a formé recours contre la décision précitée (TAF pce 1). Elle a relevé que l'autorité inférieure s'était entièrement basée sur l'expertise du 14 avril 2014 du Dr M. \_\_\_\_\_ (cf. AI doc 54). Or selon elle, dite expertise était contredite par des avis de divers médecins qui l'avaient examinée, dont il ressortait qu'elle ne possédait pas une pleine capacité de travail. Ainsi, la Dresse O. \_\_\_\_\_ et le Dr F. \_\_\_\_\_ l'avaient déclarée en incapacité totale de travail dans toute activité ; les Drs E. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ avaient, quant à eux, considéré que l'activité habituelle ne pouvait être exercée qu'à 50% (voir AI docs 20, 32). Enfin, le Dr J. \_\_\_\_\_ avait indiqué que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée, et qu'une activité adaptée ne pouvait l'être qu'en positions alternées (sans fixer un degré d'incapacité de travail pour ce type d'activité).

En outre, l'intéressée a joint à son recours une seconde évaluation médicale de la Dresse O. \_\_\_\_\_, datée du 24 octobre 2014, et reprenant pour l'essentiel les déclarations faites dans le courrier du 6 août 2014 (voir *supra*, let. K). Il y était indiqué comme suit :

- l'intéressée souffre d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), en plus d'un syndrome douloureux somatoforme (F 45.4) ; elle est victime de fatigue, de tristesse, d'indifférence affective, de troubles cognitifs, d'un trouble de la concentration, et qu'elle est dépendante de son époux pour les tâches de la vie quotidienne ; en outre, il est relevé que l'intéressée n'a, par le passé, pas fait part de ces difficultés car elle n'accepte pas sa maladie et qu'elle refuse de se plaindre ; enfin, il est indiqué qu'elle présente un score de 30 sur l'échelle d'Hamilton (dépressions moyennes à sévères).

Sur cette base, la recourante a conclu à ce qu'une expertise psychiatrique supplémentaire soit ordonnée par le Tribunal afin de démontrer l'existence d'une comorbidité psychiatrique, et ce en vue d'annuler la décision de l'OAIE du 22 septembre 2014 et de lui octroyer une rente d'invalidité totale dès le 4 juillet 2013, sous suite de frais et dépens.

**P.**

Invitée à déposer sa réponse par ordonnance du 11 novembre 2014 (TAF pce 2), l'autorité inférieure a, en date du 5 janvier 2015, conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 3). Elle s'est, pour ce faire, basée sur la prise de position de l'OCAS du 16 décembre 2014, dans laquelle il était relevé que les rapports d'expertises du Dr M.\_\_\_\_\_ et du Dr K.\_\_\_\_\_ versés dans le cadre de la procédure étaient fondés sur plusieurs examens médicaux de la recourante, et qu'ils avaient été établis en pleine connaissance de l'anamnèse ; en outre, les conclusions des experts étaient motivées, claires et étayées. L'OCAS a par ailleurs relevé que le rapport médical de la Dresse O.\_\_\_\_\_, daté du 24 octobre 2014, ne faisait que de relayer les plaintes subjectives formulées par la recourante (troubles de la concentration, du sommeil et de l'appétit), sans pour autant faire une description de son état psychique objectif, notamment en l'absence de *satus cliniques*.

**Q.**

Dans sa réplique du 26 février 2015, faisant suite à la décision incidente du 28 janvier 2015 (TAF pce 4), l'intéressée a soutenu que la Dresse O.\_\_\_\_\_ avait mis en évidence des éléments objectifs susceptibles de mettre en doute la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels l'autorité inférieure s'était basée (TAF pce 9). La recourante a notamment relevé qu'elle avait auparavant « caché une grande partie de ses symptômes par pudeur et manque de confiance au corps médical ». Enfin, elle a joint à sa réplique un nouveau rapport de la Dresse O.\_\_\_\_\_, daté du 16 février 2015, qui indiquait que la recourante présentait à présent un score de 36 sur l'échelle d'Hamilton (dépressions sévères), et concluait dès lors à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2).

**R.**

Par décision incidente du 13 mai 2015 (faisant suite à la requête formulée par courrier du 4 février 2015 ; TAF pce 7), le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) a octroyé l'assistance judiciaire partielle à la recourante (TAF pce 13).

**S.**

L'autorité inférieure, renvoyant à la prise de position de l'OCAS du 1<sup>er</sup> juin 2015, a, par duplique du 3 juin 2015, souligné que le dernier rapport de la Dresse O.\_\_\_\_\_ ne faisait à nouveau que de relayer les plaintes de la recourante. Ainsi, le score de 36 sur l'échelle d'Hamilton reflétait uniquement l'appréciation faite par l'intéressée de son état de santé. En outre, ce nouveau diagnostic intervenait postérieurement à la date à laquelle avait été rendue la décision contestée. L'autorité inférieure a dès lors maintenu ses conclusions (TAF pce 15).

**T.**

Dans sa triplique du 13 août 2015 (faisant suite à l'ordonnance du Tribunal du 15 juin 2015 ; TAF pce 16), la recourante maintient que les rapports médicaux de la Dresse O.\_\_\_\_\_ mettent en doute les autres rapports produits dans le cadre de la procédure. Ensuite, se référant à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes douloureux persistants (arrêt du 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, publié aux ATF 141 V 281), la recourante relève que l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, qui se borne à indiquer que l'intéressée souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique handicapante, ne se détermine en revanche pas sur l'aptitude de l'intéressée à exercer son travail en tant qu'agente de sûreté, compte tenu de son atteinte à la santé. Sur cette base, la recourante conclut qu'il s'impose de procéder à une nouvelle expertise, en vue d'annuler la décision du 22 septembre 2014 et d'octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 4 juillet 2013 (TAF pce 17).

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

1.1 Selon l'art. 37 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), la procédure devant le Tribunal de céans 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 autrement. Conformément à 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les

assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.2** Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI, des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions, au sens de l'art. 5 PA, prises par l'OAIE. Il convient encore de préciser que l'office cantonal 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. L'OAIE notifie les décisions (l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**1.3** En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 50 PA), dans les formes légales (art. 52 ss PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI), par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA), le recours du 29 octobre 2014 est recevable quant à la forme.

Compte tenu du fait que la recourante a son domicile en France voisine depuis 2007, et qu'elle a travaillé en Suisse jusqu'en 2013 (voir *supra*, let. A), elle doit être qualifiée de frontalière, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité a été menée par l'OCAS, et la décision de refus notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 RAI).

## **2.**

**2.1** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant, en principe, pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70, consid. 4.2 ; ATF 136 V 24, consid. 4.3 ; ATF 130 V 355, consid. 1.2 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2).

**2.2** 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).

**2.3** 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).

### **3.**

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>ème</sup> éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157, consid. 1a ; ATF 121 V 204,

consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2<sup>ème</sup> éd., 2013, p. 25, n. 1.55).

*In casu*, la question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 22 septembre 2014, par laquelle l'OAIE a rejeté la demande formée par la recourante et tendant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

#### 4.

**4.1** 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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 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 réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246, consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non de la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré

(ATF 115 V 133, consid. 2 ; ATF 114 V 310, consid. 3c ; RCC 1991, p. 329, consid. 1c).

**4.2** S'agissant en particulier de troubles somatoformes douloureux persistants, le Tribunal fédéral a rendu un arrêt de principe dans lequel il a modifié en profondeur sa pratique en tenant compte des expériences accumulées depuis plus de onze années ainsi que des critiques formulées tant par la doctrine médicale que par la doctrine juridique à l'encontre de la jurisprudence prévalant auparavant (ATF 141 V 281). Il convient ici d'exposer les points centraux de cette nouvelle jurisprudence.

**4.2.1** Selon le Tribunal fédéral, le point de départ de l'examen du droit aux prestations 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 (cf. consid. 6.1 *supra*). 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 ; ATF 130 V 396 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_899/2014, consid. 3.1 et 8C\_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1.1).

Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10, F45.40) de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu sont effectivement remplis. 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 références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015, consid. 3.2).

**4.2.2** Une fois que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été posé *lege artis* conformément aux règles précitées (cf. consid. 4.2.1 *supra*), il convient de déterminer si dit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. C'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant 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 Tribunal fédéral

8C\_607/2015 du 3 février 2016, consid. 4.2.2 et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015, consid. 4.1.2).

En règle générale, il n'existe aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. Toutefois, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281, consid. 2.2.1 et les références citées ; ATF 131 V 49, consid. 1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_899/2014 du 29 juin 2015, consid. 4.1 et 9C\_173 du 29 juin 2015, consid. 4.1.2).

**4.2.3** Lorsque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été dûment posé (cf. consid. 4.2.1 *supra*) et qu'aucune des limitations mentionnées par la jurisprudence n'est réalisée (cf. consid. 4.2.2 *supra*), 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 dorénavant, la capacité de travail exigible des assurés souffrant de trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacité d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281, consid. 3.5 et 3.6; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1 et références citées et 9C\_615 du 12 janvier 2016, consid. 6.3 et références citées).

Pour ce faire, le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychosomatiques en les répartissant dans les deux catégories suivantes :

#### 1. Catégorie "*degré de gravité fonctionnel*"

##### 1.1. Complexe "*atteinte à la santé*"

###### 1.1.1. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

- 1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard
  - 1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
  - 1.1.4. Comorbidités
  - 1.2. Complexe "*personnalité*" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
  - 1.3. Complexe "*contexte social*"
2. Catégorie "*cohérence*" (point de vue du comportement)
- 2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
  - 2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a encore précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (cf. catégorie 1 *supra*) formaient le socle de base pour l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281, consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. catégorie 2 *supra*). Le Tribunal fédéral a également expliqué que ce catalogue d'indicateurs devait être appliqué en fonction des circonstances de chaque cas individuel et ne constitue pas une simple "*check list*". En outre, ce catalogue d'indicateurs n'est pas immuable et doit pouvoir s'adapter à de nouvelles connaissances médicales établies (ATF 141 V 281, consid. 4.1.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1 et 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016, consid. 4).

S'agissant enfin du droit intertemporel, le Tribunal fédéral a indiqué que dits indicateurs étaient également applicables aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence, soit avant le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281, consid. 8 et référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1).

## 5.

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, portant en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigées ou effectuées des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privées aux invalides.

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

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en œuvre par une autorité conformément aux règles de procédure, dans la mesure où la tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352, consid. 3b ; ATF 118 V 286, consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351, cons. 3b ; ATF 118 V 220, consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi d'émettre des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

**5.2** S'agissant 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 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, op. cit. 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).

Il convient encore de préciser que le changement de jurisprudence opéré à l'ATF 141 V 281 ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a déjà précisé, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder défensivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des indicateurs déterminants (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016, consid. 6.3 et 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1 ; ATF 141 V 281, consid. 8 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-543/2014 du 13 juin 2016, consid. 8.4 et les références citées).

## 6.

**6.1** En l'occurrence, l'OAIE a fondé la décision attaquée du 22 septembre 2014 sur les prises de positions médicales des Drs L.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ (AI docs 43, 59), elles-mêmes basées sur l'expertise psychiatrique détaillée du 14 avril 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_ (AI pce 54) ainsi que sur l'expertise rhumatologique du 21 août 2013 du Dr K.\_\_\_\_\_ (AI doc 32).

Le Dr K.\_\_\_\_\_, tout d'abord, a notamment conclu dans son rapport à des myalgies diffuses d'origine fonctionnelle (soit à un syndrome douloureux diffus sans substrat organique ; voir la prise de position de la médecin SMR L.\_\_\_\_\_ [AI doc 43]). Il a relevé que l'intéressée se plaignait de troubles du sommeil (AI doc 32 p. 3). Enfin, il a indiqué que la capacité de travail serait totale dès le mois de novembre 2013 (AI doc 32 p. 5). Le Tribunal constate que le rapport a été rédigé à la suite d'une visite clinique, que le médecin a tenu compte des plaintes de l'intéressée (AI doc 32 p. 4), et qu'il s'est fondé sur des examens cliniques complets, en pleine connaissance de l'anamnèse, reprenant les différents rapports médicaux figurant au dossier (AI doc 32 p. 1). Par ailleurs, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale y sont claires et les conclusions auxquelles arrive l'expert sont dûment motivées (AI doc 32 p. 8 à 10). Enfin, le médecin discute en détail le diagnostic ainsi que ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante (AI doc 32 p. 5 s.).

C'est sur la base de ce rapport que la Dresse L.\_\_\_\_\_, constatant notamment que les restrictions fonctionnelles étaient sans substrat organique, a indiqué qu'une expertise psychiatrique serait décisive dans l'évaluation d'une éventuelle limitation fonctionnelle (sur le plan psychique [AI doc 43]).

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé, en ce qui le concernait, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants (F45.4), tout en précisant que l'intéressée ne présentait pas de symptôme dépressif ou anxieux ; il a relevé, toutefois, la présence d'un trouble du sommeil (en lien avec la douleur) et « une préoccupation par rapport à l'avenir » (AI doc 54 p. 9). Dans ce contexte, l'expert a relevé également l'absence de comorbidité psychiatrique (AI doc 54 p. 10). Le Dr M.\_\_\_\_\_ a ainsi évalué la capacité de travail de la recourante à 100% dans toutes ses activités (AI doc 54 p. 10). Le Tribunal constate que cette expertise psychiatrique a été rédigée à la suite d'une visite clinique, que le médecin a tenu compte des plaintes subjectives de l'intéressé (AI doc 54 p. 5 s.), et qu'il s'est fondé sur des

examens cliniques complets, en pleine connaissance de l'anamnèse, reprenant les différents rapports médicaux figurant au dossier (p. 3 à 5) ; le rapport se base, en outre, sur un appel téléphonique passé avec le médecin traitant de la recourante, le Dr F.\_\_\_\_\_ (AI doc 54 p. 1 à 5, 10). Par ailleurs, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale y sont claires et les conclusions auxquelles arrive l'expert sont dûment motivées (AI doc 54 p. 8 à 10). Enfin, le médecin discute longuement et en détail le diagnostic ainsi que ses répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée (AI doc 54 p. 8 à 11) ; le Tribunal relève notamment que, contrairement à ce qu'affirme la recourante dans sa triplique (voir *supra*, let. S), le Dr M.\_\_\_\_\_ déclare que l'intéressée est capable de travailler à 100% dans toute activité, sans restriction qualitative ou quantitative – soit, aussi, dans son activité habituelle d'agente de sûreté.

**6.2** Le Tribunal administratif fédéral note encore que l'expertise psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_, qui s'est faite à la demande de la Dresse L.\_\_\_\_\_, et dont les conclusions ont été retenues par le Dr N.\_\_\_\_\_ (tous deux médecins SMR ; AI docs 43, 59), s'inscrit avec cohérence dans le substrat médical ressortant des autres pièces du dossier. Par ailleurs, et dans la mesure où la prise de position médicale du Dr N.\_\_\_\_\_ repose sur un dossier complet contenant un exposé exhaustif de l'état de santé de la recourante, et qu'elle ne fait que d'apprécier un état de fait médical établi de manière cohérente par les médecins, le Tribunal administratif fédéral constate qu'il a été établi en conformité avec les critères jurisprudentiels précités, ce qui lui confère une pleine valeur probante (voir *supra*, consid. 5.2 ).

### **6.3**

**6.3.1** La recourante conteste le contenu et le résultat de cette expertise psychiatrique ; elle relève que celle-ci ne retient aucune limitation fonctionnelle. Or ce n'était pas le cas des précédents avis des médecins qui l'avaient examinée. Ainsi, le Dr F.\_\_\_\_\_ l'avait déclarée en incapacité totale de travail dans toute activité ; les Drs E.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ avaient, quant à eux, considéré que l'activité habituelle ne pouvaient être exercée qu'à 50% (voir AI docs 20, 32). Enfin, le Dr J.\_\_\_\_\_ avait, lui, indiqué que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée et qu'une activité adaptée ne pouvait l'être qu'en position alternée (AI doc 24).

Il appartient tout d'abord de rappeler que le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un

spécialiste – ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (voir *supra*, consid. 5.1) ; en outre, le Tribunal constate que, de manière générale, le Dr M. \_\_\_\_\_ a tenu compte de l'ensemble de ces avis médicaux lors de l'établissement de son propre rapport d'expertise (voir *supra*, consid. 6.1.1). Ensuite, lesdits avis n'apparaissent pas comme émettant des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions du Dr M. \_\_\_\_\_. Le Dr K. \_\_\_\_\_, en effet, ne prononce une incapacité de travail de 50 % que pour le mois d'octobre 2013 (AI doc 32). Le Dr E. \_\_\_\_\_, quant à lui, fait certes état d'une incapacité de travail de 50%, mais souligne qu'une amélioration de la capacité de travail et une reprise de l'activité professionnelle sont envisageables. En outre, celui-ci ainsi que le Dr J. \_\_\_\_\_ renvoient ouvertement, en ce qui concerne la capacité de travail de leur patiente, aux conclusions émises par le Dr F. \_\_\_\_\_ (AI docs 20 p. 3, 24 p. 3) ; or ces dernières ne se basent que sur les plaintes exprimées par la recourante, et non sur des résultats d'exams médicaux concluants (voir notamment AI doc 7 p. 4 ; *supra*, let. B). Ainsi, ces certificats médicaux, établis dans le cadre d'une relation de confiance liant l'intéressée et son médecin traitant (voir *supra*, consid. 5.1), ne permettent pas à eux seuls de conclure à l'existence de limitations fonctionnelles, au sens de l'assurance-invalidité (voir *supra*, consid. 4.1).

**6.3.2** Ensuite, la recourante fait valoir que les avis médicaux établis par la Dresse O. \_\_\_\_\_ en date du 6 août 2014, du 24 octobre 2014, et enfin du 12 février 2015, comportent des éléments objectifs susceptibles de mettre en doute la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels l'autorité inférieure s'est basée.

**6.3.2.1** S'agissant tout d'abord de l'avis médical de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du 6 août 2014 (AI doc 66), le Tribunal ne peut que se rallier à la prise de position de l'autorité inférieure, et considère que dit avis ne bénéficie pas d'une valeur probante susceptible de renverser celle de l'expertise psychiatrique du Dr M. \_\_\_\_\_ (AI doc 68) ; force est en effet de constater que le courrier ne fournit pas une description claire du contexte médical, qu'il ne pose aucun diagnostic, et que les conclusions quant à l'incapacité de travail de la recourante ne sont pas motivées.

**6.3.2.2** En ce qui a trait aux deux autres rapports établis par la Dresse O. \_\_\_\_\_ et datés du 24 octobre 2014, respectivement du 16 février 2015, et qui ont été produits dans le cadre de la procédure de recours, le Tribunal relève tout d'abord 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). Concernant les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, ils doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4).

Dès lors, le rapport daté du 16 février 2015, qui fait état d'une « péjoration de l'état dépressif depuis novembre 2014 », soit d'un fait survenu postérieurement et qui aurait éventuellement modifié la situation de santé et de capacité de travail de la recourante, doit être écarté d'emblée.

**6.3.2.3** Ensuite, en ce qui concerne le second rapport, daté du 24 octobre 2014, force est de constater que ce document n'amène aucun élément susceptible de mettre en doute l'expertise psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_. Le Tribunal relève en effet que concernant tout d'abord le nouveau diagnostic posé par la Dresse O.\_\_\_\_\_ (« épisode dépressif moyen avec syndrome somatique » [F 32.11]), le rapport s'avère être succinct et peu motivé ; il n'offre aucune description de l'état psychique de l'intéressée (ne faisant notamment état d'aucun *status clinique*), et, dès lors, ne fait que de relayer les plaintes (subjectives) de la recourante. Enfin, à l'instar du premier avis médical daté du 6 août 2014, les conclusions quant à l'incapacité de travail ne sont pas motivées. Ce nouveau diagnostic ne saurait dès lors, à lui seul, suffire à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions ressortant de l'expertise psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_.

Le rapport indique ensuite que « le fait que [l'intéressée] n'accepte pas sa maladie et qu'elle refuse de se plaindre pourrait expliquer qu'elle n'a pas spontanément expliqué à l'expert les difficultés avec lesquelles elle vit » ; pourtant, le Tribunal relève que lesdites difficultés relevées dans le rapport du 24 octobre 2014 (fatigue, tristesse, anxiété, douleurs continuellement présentes et envahissantes, indifférence affective, troubles cognitifs, sentiment d'impuissance, trouble de la concentration, et dépendance de l'intéressée à son époux pour les tâches de la vie quotidienne) ont, au contraire, été pour la plupart exprimées par l'intéressée auprès des précédents médecins qu'elle avait consultés. Ainsi, les plaintes de l'intéressée relatives aux douleurs généralisées l'empêchant de travailler, à l'incapacité de porter des charges lourdes, à ses chutes et à ses pertes d'équilibre, et enfin à ses troubles de l'attention et du sommeil ont été exposées dans le cadre de l'expertise psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_ (qui

a, en outre, relevé, avec le Dr F.\_\_\_\_\_, un « tableau dépressif réactionnel à la douleur et à la limitation fonctionnelle » ; voir AI doc 54 p. 5 ; *supra*, let. G]). Il en va de même des difficultés à effectuer des tâches ménagères simples ainsi que de l'état anxieux (cf. les plaintes exprimées dans le cadre de l'examen du Dr K.\_\_\_\_\_ du 21 août 2013 ; AI doc 32 ; voir *supra*, let. B). De manière générale, enfin, l'intéressée n'a, dans le courant de la procédure devant l'autorité inférieure, pas hésité à faire part des difficultés qu'elle vivait sur le plan moral [cf. les plaintes exprimées durant l'entretien de détection précoce mené par une psychologue-conseillère de l'OCAS en date du 5 juin 2013 ; AI doc 4 ; voir *supra*, let. B). Ainsi, le Tribunal relève que les plaintes exprimées par l'intéressée, telles qu'elles ont été soulignées par la Dresse O.\_\_\_\_\_, ont aussi été relevées dans les précédents avis médicaux ; tout au plus ont-elles été amplifiées par la recourante auprès de la Dresse O.\_\_\_\_\_ après que l'autorité inférieure lui eut signalé, dans son projet de décision du 27 juin 2014, que sa demande de prestations allait être rejetée (AI doc 62).

**6.3.3** Sur cette base, le Tribunal de céans relève que les allégués, tardifs, rapportés par la Dresse O.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de mettre en doute l'expertise psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_. En outre, ils révèlent que les affections dont souffre l'intéressée ont été, au moins dès l'opposition de la recourante au projet de décision du 27 juin 2014 (voir *supra*), exagérées par celle-ci. Cette impression se confirme de par les incohérences qui s'observent dans le comportement de l'intéressée ; cette dernière s'est en effet montrée, durant la majeure partie de la procédure devant l'autorité inférieure, très active dans ses tentatives de réintégration professionnelle (voir AI doc 54 p. 11 ; mais aussi AI docs 4, 45). Ainsi, l'intéressée a effectué un stage auprès de son employeur en vue d'obtenir un poste fixe d'assistante administrative à 70% ; or ledit stage a été interrompu en raison de son manque de connaissances en informatique, mais non parce que l'intéressée se serait plainte de ne pas pouvoir travailler en raison de ses douleurs (voir *supra*, let. H). Les éléments du dossier n'indiquent dès lors pas que l'intéressée aurait été dans une incapacité totale de travailler en raison de son affection. En ce sens, le Tribunal constate que la recourante a elle-même indiqué, à plusieurs reprises, vouloir reprendre une activité professionnelle (voir AI docs 4, 45, 54 p. 11, 55 p. 9, 56 [*supra*, let. B, D, G, H, I]). Ainsi, les allégations de la recourante relatives à son incapacité de travailler ne sont intervenues que lorsque celle-ci a été informée, par projet de décision du 27 juin 2014, que sa demande de prestations allait être rejetée (voir *supra*, let. K). Enfin, et comme relevé ci-dessus (voir *supra*, consid. 7.3.2), ces incohérences ne sauraient être mises sur le compte d'une réticence de l'intéressée à faire part de ses limitations, celle-ci

s'étant, de manière générale, montrée précise et transparente quant à la manière dont sa maladie l'affectait.

**6.4** Il ressort des constatations qui précèdent que les expertises établies par le Dr K.\_\_\_\_\_, et, en particulier, par le Dr M.\_\_\_\_\_, ont été menées *lege artis* en conformité avec les standards applicables. Le Tribunal de céans peut donc leur reconnaître une pleine valeur probante, y compris en ce qui a trait à l'absence de limitations fonctionnelles dans l'exercice d'une activité professionnelle. En outre, au vu de la discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ainsi que l'anamnèse (voir *supra*, consid. 6.3.2, 6.4), soit l'un des motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281 (voir *supra*, consid. 4.2.2), le Tribunal constate que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne permet pas de conduire 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 Tribunal fédéral 8C\_607/2015 du 3 février 2016, consid. 4.2.2 et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015, consid. 4.1.2).

Partant, c'est à bon droit que l'OAIE n'a pas retenu la présence d'un caractère incapacitant aux troubles somatoformes douloureux persistants et a rejeté la demande de prestations déposée le 2 juillet 2013.

## 7.

L'assurée ayant bénéficié de l'assistance judiciaire partielle (TAF pce 18 ; cf. art. 65 al. 1 PA), il n'est pas perçu de frais de procédure, étant précisé qu'aucun desdits frais n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(dispositif page suivante)

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. (...)) ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :