



Cour III
C-658/2015

Arrêt du 13 mars 2018

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
David Weiss, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Jean-Luc Bettin, greffier.

Parties

A. _____, domiciliée en France,
représentée par Maître Marc Mathey-Doret, (...),
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 12 décembre 2014).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'intéressée, l'assurée ou la recourante), ressortissante française née le 26 octobre 1965, a travaillé en Suisse de 1990 à 2012, œuvrant au cours de cette période au service de plusieurs employeurs successifs, totalisant 253 mois de cotisations aux assurances sociales suisses (pces OAIE 1 et 17). Dès le 27 mai 2009, pour ce qui a été sa dernière activité professionnelle, l'intéressée a exercé de façon indépendante en tant que négociante en montres et bijoux (pce OAIE 1, p. 4).

B.

Le 20 août 2013, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève (ci-après : OCAS) (pce OAIE 1). Dans cette demande, elle a indiqué être en incapacité de travail à 100 % depuis le 20 août 2012 en raison d'une dépression et de douleurs diffuses (pce OAIE 1, pp. 3 et 5). Elle y a joint treize certificats émanant de son médecin-traitant, le Dr B._____, médecin généraliste exerçant à (...), en France, indiquant que son état de santé nécessitait un arrêt de travail sur une période courant du 20 août 2012 au 31 août 2013 (pce OAIE 4).

C.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'intéressée a produit les documents médicaux suivants :

- un rapport médical AI, daté du 20 septembre 2013, par lequel le Dr B._____ a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une fibromyalgie avec état dépressif (pce OAIE 11, p. 2). Le praticien a indiqué que A._____ souffrait depuis le 20 août 2012 d'une dépression, de douleurs diffuses, d'asthénie et de défauts de concentration liés à la maladie et aux traitements et que son incapacité de travail dans la dernière activité était de 100 % (pce OAIE 11, pp. 2 et 3). Il a par ailleurs précisé qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une activité adaptée à son handicap (pce OAIE 11, pp. 4 et 5). Selon ce rapport médical, le traitement qui lui était prescrit se composait de *Cymbalta* 60 mg et de *Lyricea* 150 mg.
- un rapport médical AI, daté du 27 octobre 2013, du Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à (...), qui suivait l'intéressée hebdomadairement depuis le mois d'avril 2013, diagnostiquant un trouble dépressif récurrent sévère (F 33.2) depuis

octobre 2011 ainsi qu'une anxiété généralisée (F 41.1) ayant un effet sur la capacité de travail (pce OAIE 14, p. 2). Le praticien a en sus mentionné que A. _____ avait une personnalité narcissique (F 60.8), précisant que cette constatation n'avait toutefois aucune incidence sur sa capacité de travail (pce OAIE 14, p. 2). Le Dr C. _____ a souligné que, malgré tous les traitements, la prénommée souffrait de douleurs diffuses, d'une fatigue permanente et de symptômes sévères de dépression et que le pronostic demeurait « *sombre* » (pce OAIE 14, p. 3). Son rapport faisait état de restrictions physiques – ralentissement moteur et douleurs – ainsi que de restrictions psychiques – perte de confiance et de l'estime de soi, ralentissement psychomoteur, difficultés à gérer le stress, baisse de la concentration et irritabilité (pce OAIE 14, p. 3) –. Le praticien a évalué l'incapacité de travail de l'intéressée à 100 % dans la dernière activité et ce, depuis le 20 août 2012, précisant qu'une activité adaptée au handicap n'était pas envisageable (pce OAIE 14, pp. 3 et 4). Finalement, il a été relevé que le traitement qui lui était prescrit se composait de *Cymbalta* 60mg, de *Lyrice* 200mg et de *Wellbutrin* 300mg (pce OAIE 14, p. 3).

D.

D. _____ SA, société d'assurance perte de gain de l'intéressée (ci-après : assureur perte de gain), avait diligenté au printemps 2013 deux expertises, l'une psychiatrique et l'autre rhumatologique :

- Dans son rapport d'expertise médicale psychiatrique du 29 mars 2013, le Dr E. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH à (...), avec le concours de Mme F. _____, psychologue FSP, a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) (ce diagnostic ne devant pas être retenu au cas où une cause somatique permettrait d'expliquer les douleurs diffuses) et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, actuellement en rémission partielle (F 43.22) et des traits de personnalité histrionique actuellement non décompensés (Z 73.1) (pce OAIE 23, p. 21). L'expert a indiqué qu'il n'y avait pas d'élément lui permettant de retenir la présence de symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif (pce OAIE 23, p. 14). Il n'a pas non plus mis en exergue la présence de troubles anxieux spécifiques, mais uniquement des troubles anxieux résiduels s'inscrivant dans le contexte d'un trouble de l'adaptation (pce OAIE 23, p. 15). Une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée n'a pas été constatée (pce OAIE 23, p. 17). Par ailleurs, il y est relevé

l'existence d'un décalage entre les plaintes subjectives et le constat objectif au niveau des répercussions des plaintes sur les activités de la vie quotidienne (pce OAIE 23, p. 18). L'expert a évalué que la capacité de travail médico-théorique psychiatrique de l'intéressée dans sa dernière activité était de 0 % du 3 décembre 2012 au 30 avril 2013, de 50 % du 1^{er} mai au 31 mai 2013 et de 100 % dès le 1^{er} juin 2013 (pce OAIE 23, p. 22). Il a par ailleurs considéré la dernière activité comme une activité adaptée.

- Dans un rapport d'expertise daté du 9 avril 2013, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie à Genève, a retenu comme diagnostic une fibromyalgie (pce OAIE 22, p. 4). A l'instar du Dr E._____, le Dr G._____ a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50 % dès le 1^{er} mai 2013 et à 100 % dès le 1^{er} juin 2013 (pce OAIE 22, p. 4). Il a aussi considéré que l'activité habituelle de l'intéressée était une activité adaptée (pce OAIE 22, p. 5). S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr G._____ a précisé que l'intéressée devait éviter le stress et le port de charges à répétition. Elle devait par contre s'efforcer de changer fréquemment de position et exercer une activité physique (pce OAIE 22, p. 5). Il lui a été recommandé de prendre 3 à 5 gouttes de *Surmontil* (Trimpramine) par jour (pce OAIE 22, p. 5).

E.

Par courrier du 2 mai 2013, adressé à l'assureur perte de gain, A._____ a indiqué avoir été dans un « *état second* » (pce OAIE 27, p. 3) le jour de l'expertise psychiatrique, n'avoir été examinée par le Dr E._____ que pendant cinq minutes et ne pas avoir eu envie de parler de ses problèmes à Mme F._____ puisque, d'une part, elle ne la connaissait pas et, d'autre part, la consultation d'une durée de quarante-cinq minutes avait été interrompue à deux reprises durant cinq à dix minutes à chaque fois. L'intéressée a au surplus mentionné n'avoir cessé de pleurer lors de la consultation chez le Dr G._____ (pce OAIE 27).

F.

Dans un rapport daté du 24 septembre 2013, adressé à l'assureur perte de gain, le Dr C._____ a diagnostiqué (i) un trouble dépressif récurrent sévère (F 33.2) et (ii) un trouble anxieux généralisé (F 41.1) (pce OAIE 35, p. 18). Le praticien a de plus constaté que l'état de santé de A._____ ne s'était globalement pas amélioré et qu'il était stationnaire. Il a fait mention de limitations fonctionnelles – fatigue physique et psychique – et a conclu en l'existence d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle de

100 %, indiquant que la date d'une reprise de travail demeurait indéterminée (pce OAIE 35, pp. 18 et 19).

G.

Par courrier du 23 octobre 2013, adressé à l'intéressée, l'assureur perte de gain a informé cette dernière de la poursuite du paiement d'indemnités journalières dans la mesure où le Dr C. _____ avait retenu la persistance d'une incapacité de travail à 100 % (pce OAIE 35, pp. 15 et 17).

H.

Dans un rapport daté du 17 février 2014, adressé à l'assureur perte de gain, le Dr C. _____ a à nouveau diagnostiqué (i) un trouble dépressif récurrent modéré à sévère (F 33.1), (ii) un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), (iii) un trouble anxieux généralisé (F 41.1) (pce OAIE 35, p. 8). Ce spécialiste a indiqué que l'état de santé de l'intéressée ne s'était pas amélioré et qu'il était stationnaire. Il a retenu les limitations fonctionnelles de fatigue physique et psychique ainsi qu'une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100 %. Une reprise du travail pouvait être envisagée ultérieurement, mais à une date toutefois indéterminée (pce OAIE 35, p. 9).

I.

Au vu du rapport susmentionné du Dr C. _____, l'assureur perte de gain a considéré, en date du 11 mars 2014, que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % (pce OAIE 35, p. 7).

J.

Le 24 mars 2014, le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et expert médical certifié SIM, et la Dresse I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et expert médical certifié SIM, ont pratiqué, pour le compte du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), un examen clinique rhumatologique et psychiatrique sur l'assurée. Ils ont rendu un rapport à ce propos en date du 20 mai 2014 (pce OAIE 34, pp. 8 à 20).

Dans ce rapport médical, les praticiens susnommés ont retenu comme diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail des rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'une discopathie L5-S1 modérée sans syndrome radiculaire (M 54) (pce OAIE 34, p. 16). Ils ont en outre mentionné comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (i) une fibromyalgie (M 79.0), (ii) une rhinite allergique saisonnière anamnétique, (iii) une allergie à la pénicilline

anamnestique, (iv) un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F 32.11), (v) une anxiété généralisée en rémission, diagnostic anamnestique (F 41.1) et (vi) une personnalité limite avec des traits dépendants et narcissiques, non décompensée (F 61) (pce OAIE 34, p. 16).

Les Drs H. _____ et I. _____ ont déduit de l'état de santé psychique de la patiente une incapacité de travail totale allant d'avril 2013 au 24 mars 2014. Sur le plan rhumatologique, ils ont retenu une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle dès le 20 août 2012 dans la mesure où l'intéressée devait effectuer, dans le cadre de son activité de négociante, des trajets en voiture longs et fréquents et qu'elle présentait les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires suivantes : « *nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de travail nécessitant de longs trajets ou des trajets fréquents en voiture* » (pce OAIE 34, pp. 19 et 20). Il a été précisé qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. Les experts ont en revanche retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès la date de l'examen, soit dès le 24 mars 2014, précisant que dans une telle activité, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail d'un point de vue purement rhumatologique (pce OAIE 34, p. 20). Ils ont par ailleurs noté que la fibromyalgie ne s'accompagnant pas d'une pathologie psychiatrique incapacitante (il n'y a notamment pas de comorbidité psychiatrique manifeste), elle ne pouvait être constitutive d'une incapacité de travail. Ils ont ajouté que, d'un point de vue psychiatrique, à la suite d'une amélioration de l'état de l'intéressée, sa capacité de travail était de 100 % dans toute activité dès le 24 mars 2014 (pce OAIE 34, p. 20).

K.

Par avis médical du 2 juin 2014, le Dr H. _____ a indiqué qu'après avoir consulté les radiographies du rachis cervical, dorsal et lombaire du 26 avril 2012 ainsi que celles du bassin de face que l'intéressée avait omis d'apporter lors de l'examen clinique du 24 mars 2014, il n'y avait pas de changement s'agissant des diagnostics, de la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée du point de vue rhumatologique tels que retenus dans le rapport du 20 mai 2014 (pce OAIE 34, p. 7).

L.

Le 2 juillet 2014, la Dresse I. _____ a pratiqué un nouvel examen clinique

psychiatrique sur l'intéressée pour le compte du SMR et a rendu un rapport à ce propos en date du 13 août 2014 (pce OAIE 34, pp. 1 à 6).

Elle n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail ; elle a par contre souligné que A. _____ souffrait d'un épisode dépressif léger avec syndrome somatique en rémission partielle (F 32.11) et d'une anxiété généralisée en rémission, diagnostic anamnestique (F 41.1) et a mentionné que la prénommée avait une personnalité limite avec des traits dépendants et narcissiques, non décompensée (F 61) (pce OAIE 34, p. 5). La Dresse I. _____ a précisé qu'il n'y avait pas, chez l'assurée, de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant et que, dès le 24 mars 2014, sa capacité de travail était par conséquent de 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (pce OAIE 34, p. 6).

M.

Dans son rapport daté du 21 août 2014, le Dr J. _____, médecin SMR, se basant sur les conclusions de l'expertise rhumatologique et psychiatrique des Drs H. _____ et I. _____, a constaté que A. _____ disposait d'une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée et ce, à compter du 24 mars 2014 (pce OAIE 36).

N.

Dans un projet de décision du 8 septembre 2014, l'OCAS a retenu que la capacité de travail de l'intéressée était de 0 % du 1^{er} avril 2013 au 24 mars 2014 et qu'à partir du 25 mars 2014, elle était de 80 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée (pce OAIE 37, p. 2). Partant, l'OCAS a indiqué rejeter la demande.

O.

Le 8 octobre 2014, l'intéressée, agissant par l'entremise de son conseil, a exprimé son désaccord vis-à-vis du projet de décision susmentionné, indiquant qu'elle était en incapacité de travail totale depuis le 20 août 2012 comme l'avaient constaté son médecin traitant et son psychiatre traitant (pce OAIE 42, p. 1). Elle a contesté la valeur probante du rapport d'expertise clinique rhumatologique et psychiatrique du 20 mai 2014, arguant que le SMR n'avait pas analysé les examens radiologiques et que plusieurs examens médicaux, notamment celui du Dr G. _____, n'avaient pas été pris en compte (pce OAIE 42, p. 2). L'intéressée a également fait grief à l'OCAS d'avoir mal apprécié sa capacité de travail ainsi que le début et la durée de son incapacité de travail, notant au surplus que son assureur

perte de gain continuait de lui verser des indemnités journalières en raison de son incapacité de travail (pce OAIE 42, p. 2).

P.

Par avis médical du 21 novembre 2014, le Dr J. _____ a indiqué que la position du SMR, après avoir relu le dossier et notamment les expertises des docteurs E. _____ et G. _____, demeurait inchangée. Il a en particulier considéré que ces deux expertises étaient convergentes avec le rapport d'expertise clinique rhumatologique et psychiatrique du 20 mai 2014 (Al pce 45).

Q.

Par décision du 12 décembre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a rejeté la requête de prestations d'invalidité formulée par A. _____ le 20 août 2013. Il a en particulier retenu que la capacité de travail de la pré-nommée était nulle du 1^{er} avril 2013 au 24 mars 2014, mais qu'à partir du 25 mars 2014, elle s'élevait à 80 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée (pce OAIE 48).

R.

Le 2 février 2015 (date du timbre postal), A. _____, agissant par l'entremise de son mandataire, Me Marc Mathey-Doret (annexe 1 pce TAF 1), a interjeté recours, concluant à l'annulation de la décision du 12 décembre 2014 et, principalement, à ce que soit ordonnée une expertise judiciaire médicale confiée à des spécialistes neutres et indépendants afin de se prononcer sur sa capacité de travail, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité inférieure avec ordre de mettre en œuvre, avec le concours de spécialistes neutres et indépendants, une expertise médicale (pce TAF 1, p. 2).

A l'appui de ses conclusions, la recourante a aussi bien contesté la valeur probante de l'expertise rhumatologique du Dr G. _____ et l'expertise psychiatrique du Dr E. _____, que les rapports d'expertise du SMR, estimant qu'ils reposaient sur une anamnèse incomplète (pce TAF 1, p. 8). Elle a par ailleurs argué que les Drs H. _____ et I. _____ n'avaient pas tenu compte de ses plaintes lorsqu'ils l'avaient examinée et que le rapport médical du SMR du 20 mai 2014 serait lui-même contradictoire, ses auteurs ne motivant pas leurs conclusions (pce TAF 1, pp. 9 et 10). Des griefs similaires ont été formulés à l'endroit du rapport d'examen clinique psychiatrique du 13 août 2014 (pce TAF 1, p. 11). A. _____ a également contesté l'affirmation de l'autorité inférieure selon laquelle il y aurait convergence

entre les rapports du Dr G._____ et du Dr E._____, d'une part, et entre ceux des Drs H._____ et I._____ des 20 mai et 13 août 2014, d'autre part (pce TAF 1, p. 11). Elle s'est finalement plainte du fait que l'autorité inférieure n'avait pas requis de ses médecins traitants des rapports complémentaires, en particulier sur le plan neurologique (pce TAF 1, p. 10).

S.

S.a Par décision incidente du 5 février 2015, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) a invité A._____ à s'acquitter d'une avance sur les frais de procédure présumés (pce TAF 2).

S.b Le 6 mars 2015, la prénommée a payé le montant de l'avance requis (pce TAF 4).

T.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE a déposé sa réponse en date du 21 avril 2015, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée (pce TAF 6).

L'OAIE a indiqué qu'aussi bien les expertises rhumatologiques et psychiatriques diligentées par l'assureur perte de gain que celles réalisées par le SMR concluaient à ce que le degré de gravité requis en matière de troubles somatoformes douloureux n'était pas atteint, qu'il n'existait en particulier pas de comorbidité grave et que la recourante ne présentait aucun trouble d'ordre psychique récurrent susceptible de constituer une comorbidité (pce TAF 6, p. 2). En outre, l'OAIE a relevé que les rapports des médecins traitants, versés en cause par A._____, n'étaient pas argumentés, au contraire des différents rapports d'expertise (pce TAF 6, p. 2).

U.

Le 5 juin 2015 (date du timbre postal), la recourante a répliqué, déclarant persister dans ses conclusions et renvoyant à l'argumentation développée dans son mémoire de recours, à savoir que les rapports d'expertise n'étaient pas probants, que l'assureur perte de gain avait continué à verser des indemnités journalières et que les médecins s'étant prononcés sur son cas n'avaient pas eu accès au dossier médical complet (pce TAF 10).

V.

Par courrier du 29 juin 2015, l'OAIE a indiqué renoncer à prendre position sur la réplique de la recourante (pce TAF 12).

W.

Par ordonnance du 21 juillet 2015, le Tribunal a clôturé l'échange d'écritures (pce TAF 13).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions, au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021), prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} 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 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 En l'occurrence, interjeté en temps utile et dans les formes légales (art. 60 LPGA et 52 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. 59 LPGA), qui s'est acquittée de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA et art. 21 al. 3 PA), le recours du 2 février 2015 (date du timbre postal) est recevable quant à la forme.

Compte tenu du fait que A. _____ est domiciliée en France voisine et qu'elle a travaillé en Suisse jusqu'en 2012 (ci-dessus, let. A), elle doit être qualifiée de frontalière, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'ins-

truction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité a été menée par l'OCAS et que la décision de refus d'octroi de la rente lui a été notifiée par l'OAIE (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

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, la France. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1^{er} 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^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), 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^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

3.

Le Tribunal établit les faits et 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^{ème} édit., 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 ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} édit., 2013, n. 1.55).

Le Tribunal n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (voir arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2547/2013 du 21 mars 2016 consid. 4.3).

4.

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être invalide au sens de la LPG/LAI (art. 8 LPG ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois ans au moins (art. 36 LAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG (art. 29 al. 1 LAI).

En l'occurrence, A. _____ a cotisé pendant plus de trois ans aux assurances sociales suisses (ci-dessus, let. A) et son droit théorique à la rente

s'est ouvert au plus tôt le 20 février 2014 (soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations, le 20 août 2013 [ci-dessus, let. B]).

5.

5.1 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. 2 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 territoire de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond par conséquent pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 137 V 20 consid. 2.2 et ATF 110 V 273 consid. 4b).

5.2 S'agissant en particulier de troubles somatoformes douloureux persistants, le Tribunal fédéral a récemment rendu un arrêt de principe dans lequel il a modifié sa pratique en tenant compte des expériences accumulées depuis plus de onze ans 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.

5.2.1 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. 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, F 45.40) 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 les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_862/2014 du 17 septembre 2015, consid. 3.2).

5.2.2 Une fois que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été posé *lege artis*, conformément aux règles précitées (ci-dessus, consid. 5.2.1), il convient de déterminer si ledit 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_173/2015 du 29 juin 2015, consid. 4.1.2).

5.2.3 Lorsque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été dûment posé (ci-dessus, consid. 5.2.1) et qu'aucune des limitations mentionnées par la jurisprudence n'est réalisée (ci-dessus, consid. 5.2.2), il convient encore 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 devait 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'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1 et les références citées, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016, consid. 6.3 et les références citées). Depuis le prononcé, en date du 30 novembre 2017, de deux arrêts du Tribunal fédéral (arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017), il en va de même pour les assurés souffrant de maladies psychiques.

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 (ci-dessus, catégorie 1) 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 (ci-dessus, catégorie 2). Le Tribunal fédéral a également expliqué que ce catalogue d'indicateurs devait être appliqué en fonction des circonstances de chaque cas individuel et ne constituait pas une simple "*check list*". En outre, il ne saurait être considéré comme immuable. Au contraire, il 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 ces 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 la référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1).

6.

6.1 Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'Office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que

sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place. Il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

6.2 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 et les références citées).

6.3 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 consid. 3b ; ATF 118 V 220 consid. 1b et les références citées ; 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 enclins, 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 soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de 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).

6.4 S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} 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 Tribunal fédéral 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; voir, également, MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n^{os} 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015, consid. 3.1, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009, consid. 7.2, et 8C_653/2009 du 28 octobre 2009, consid. 5.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2014 du 16 septembre 2014, consid. 3.2.2 et les références citées).

7.

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 rhumatologiques et psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a 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 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).

8.

En l'espèce, la question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 12 décembre 2014 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande formée par A._____ tendant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (ci-dessus, let. Q).

8.1 Le Tribunal constate que la décision de l'OAIE est pour l'essentiel basée sur le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique des Drs H._____ et I._____ du 20 mai 2014 (ci-dessus, let. J), sur le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse I._____ du 13 août 2014 (ci-dessus, let. L) et sur les rapports du Dr J._____ des 21 août et 21 novembre 2014 confirmant les conclusions des deux praticiens précités (ci-dessus, let. M et P).

8.1.1

8.1.1.1 D'un point de vue somatique, le Dr H._____, constatant le « *bon état général* » de la recourante, a diagnostiqué chez A._____ des rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'une discopathie L5-S1 modérée sans syndrome radiculaire (M 54) affectant la capacité de travail (pce OAIE 34, pp. 16 et 17). A l'instar du Dr G._____, le Dr H._____ a relevé que la patiente souffrait d'une fibromyalgie, précisant qu'elle n'affectait toutefois pas la capacité de travail (pce OAIE 34, pp. 16 et 17). En effet, ce spécialiste a constaté « *des douleurs à la palpation de tous les points typiques de la fibromyalgie* » (pce OAIE 34, p. 17). Il a noté que la recourante marchait lentement mais ne boitait pas, que les réflexes rotuliens étaient normaux malgré le fait qu'elle pleurait, que les épreuves de Lasègue étaient négatives et qu'il y avait de discrets troubles du rachis (pce OAIE 34, p. 17). Par ailleurs, il a souligné que la recourante faisait preuve « *d'une certaine démonstrativité, [...] poussant des gémissements au testing du rachis en position debout* », développait « *une résistance volontaire importante à la mobilisation passive des épaules en élévation et en abduction et pousse des cris à l'élévation et à l'abduction passive des épaules* » et faisait preuve d'une « *résistance volontaire* » lors de la flexion de la hanche gauche qui est limitée (pce OAIE 34, p. 17).

Ainsi, ce spécialiste a retenu une capacité de travail de 80 % dès le 20 août 2012 dans l'activité habituelle, mettant en exergue une limitation fonctionnelle en raison de la discopathie modérée L5-S1, la recourante devant effectuer de fréquents déplacements en voiture, et indiquant « *qu'il n'y a[vait] aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure dans cette activité* » (pce OAIE 34, p. 18). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, le Dr H._____ a retenu une capacité de travail de 100 %, précisant que dans une telle activité de substitution, il n'y avait jamais eu d'incapacité d'un point de vue rhumatologique, « *la fibromyalgie ne s'accompagnant actuellement pas d'une pathologie psychiatrique incapacitante* » (pce OAIE 34, p. 20).

8.1.1.2 S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr H._____, le Tribunal constate que le rapport a été rédigé à la suite d'une visite médicale effectuée le 24 mars 2014, que l'expert a tenu compte des plaintes subjectives de la recourante (pce OAIE 34, pp. 10, 11, 13, 14, 17, 18) et qu'il s'est fondé sur des examens cliniques complets. Par ailleurs, le Dr H._____ a eu accès aux rapports médicaux décrivant les résultats des examens radiologiques – un RX du rachis cervical du 26 avril 2012, un RX du rachis dorsal du 26 avril 2012, un RX de la colonne lombaire avec radiographie du bassin du 26 avril 2012, une échographie abdominopelvienne du 28 août 2012, un RX du thorax du 28 août 2012 – ainsi qu'aux résultats des examens de laboratoire effectués le 12 septembre 2012 concernant les anticorps et les 24 septembre 2012 et 8 juillet 2013 concernant la vitamine D (pce OAIE 34, pp. 15 et 16).

Certes, le jour de l'examen clinique, la recourante a omis d'apporter les radiographies précédemment mentionnées. Elle les a toutefois transmises par la suite et le Dr H._____, qui, dans un avis médical complémentaire daté du 2 juin 2014, a fait référence au rapport du Dr K._____ – cité dans le rapport clinique du 24 mars 2014 (p. 8 ; pce OAIE 34, p. 15) –, et a indiqué que, après avoir visualisé et examiné lesdites radiographies (à l'exception des radiographies du thorax et de l'échographie abdominopelvienne que la recourante n'a semble-t-il pas transmises), il n'avait rien à ajouter et aucune modification à apporter (pce OAIE 34, p. 7).

Ainsi que le relève la recourante dans son mémoire de recours (p. 9), le Dr H._____ a rédigé son rapport du 20 mai 2014 (pce OAIE 34, pp. 8 ss) sans avoir eu connaissance du rapport d'expertise du Dr G._____ (ci-dessus, let. D). Ce fait ne saurait toutefois en diminuer la valeur probante. En effet, le Dr H._____ a mené des examens similaires à ceux

pratiqués par le Dr G._____. Ces deux praticiens ont tous deux décelé une fibromyalgie et le Dr H._____ a au surplus retenu des rachialgies diffuses, ce que n'a pas fait le Dr G._____.

Finalement, la description du contexte médical et l'appréciation, par le Dr H._____, de la situation médicale sont claires et les conclusions auxquelles il parvient sont précises, convaincantes et détaillées (pce OAIE 34, pp. 8 à 18). Il y a donc lieu de conférer une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise rhumatologique daté du 20 mai 2014.

8.1.1.3 Le Tribunal de céans considère qu'en l'occurrence, l'expertise, datée du 20 mai 2014, cosignée par les Drs H._____ et I._____, permet une appréciation convaincante de la situation, également au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral publiée aux ATF 141 V 281 – et de ses indicateurs standards (ci-dessus, consid. 5.2.3) –, et qu'un complément d'instruction n'est par conséquent pas nécessaire. Le Dr H._____ a en effet posé sans équivoque le diagnostic de fibromyalgie, ayant observé, lors de l'examen clinique du 24 mars 2014, « *des douleurs à la palpation de tous les points typiques de la fibromyalgie* » (pce OAIE 34, p. 17). S'agissant des traitements suivis, il ressort du rapport d'expertise que A._____ s'est vu prescrire un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs, sans anxiolytique ni neuroleptique (pce OAIE 34, p. 11). Aucun traitement physique (physiothérapie à sec, en piscine, bains chauds à domicile, bains en piscine, sophrologie, acupuncture, ostéopathie) ne l'a durablement soulagée (pce OAIE 34, p. 17). Par ailleurs, l'expertise retient que la fibromyalgie diagnostiquée n'est accompagnée d'aucune comorbidité (pce OAIE 34, p. 19). Sur un autre plan, les experts ont mis en exergue « *une personnalité limite avec des traits dépendants et narcissiques, non décompensée* », précisant qu'il ne s'agissait pas d'un grave trouble de la personnalité, ayant valeur invalidante, et ajoutant que ce trouble de la personnalité n'avait pas empêchée l'intéressée de suivre une scolarité normale et d'assumer des responsabilités socioprofessionnelles (pce OAIE 34, p. 19). Ils ont de surcroît noté que la prénommée tenait « *un discours cohérent, accéléré, plaintif* » sans « *objectivisation de symptômes de la lignée psychotique* » (pce OAIE 34, p. 15). Quant au contexte social, il y a lieu de relever l'affirmation de la recourante selon laquelle « *sa vie sociale avait changé* » en raison du fait qu'elle voyait moins souvent ses amis. Rien n'indique toutefois une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Au contraire, A._____ a mentionné avoir conservé plusieurs contacts, qu'elle rencontre régulièrement, et d'autres avec lesquels elle converse au téléphone. Il est à noter que la recourante

ne s'était pas présentée seule à l'examen clinique du 24 mars 2014, mais accompagnée d'une amie (pce OAIE 34, pp. 13 et 14). Finalement, revenant sur le comportement de l'assurée, les experts ont insisté sur son attitude plaintive, l'intéressé pleurant continuellement sur son sort, et son positionnement dans un rôle de victime (pce OAIE 34, pp. 14 et 19). Les experts ont ainsi conclu, en résumé, que la fibromyalgie n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ni d'un échec de traitement, précision faite que l'assurée ne bénéficie d'aucune prise en charge au plan rhumatologique. Ils ont objectivé une amélioration de l'état de santé de l'assurée et ont considéré que l'assurée était en pleine capacité de travail dès le jour de l'examen clinique du 24 mars 2014.

8.1.1.4 Aucun document médical produit par la recourante ne vient infirmer le diagnostic auquel a abouti le Dr H._____. En effet, le Dr B._____ a lui aussi retenu d'un point de vue somatique une fibromyalgie (pce OAIE 11, p. 2), tout comme le Dr G._____ (pce OAIE 22, p. 4). A ce propos, la recourante se plaint du fait que le SMR n'aurait pas donné à ses médecins traitants la possibilité de prendre position sur le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique. Cet argument est infondé dans la mesure où la recourante aurait pu produire dans le cadre de son recours une prise de position de ses médecins traitants s'agissant du volet rhumatologique de l'expertise du 20 mai 2014. Or tel n'a pas été le cas.

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le Dr B._____ a retenu que son état de santé ne lui permettait d'exercer aucune activité, que ce soit l'activité habituelle ou une activité de substitution (pce OAIE 11). Force est à l'analyse de son rapport de constater que ce praticien s'est toutefois contenté d'indiquer que la recourante « *ne [pouvait] travailler* » (p. 3), qu'il n'y avait « *aucune activité possible* » (p. 4) et qu'il n'y avait « *aucune réadaptation possible* » (p. 5). Il n'a point exposé les raisons pour lesquelles les pathologies de la recourante impliqueraient une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit. Il n'y a par ailleurs aucune précision quant à la façon dont le Dr B._____ est parvenu au diagnostic retenu. Aussi, ce rapport médical a une valeur probante limitée qui, partant, ne saurait remettre en cause le diagnostic et l'évaluation de la capacité de travail tels qu'établis par le Dr H._____.

Le fait que le Dr G._____ retienne que la capacité de travail était de 50 % entre le 1^{er} mai et le 31 mai 2013, puis de 100 % dès le 1^{er} juin 2013 n'est pas à même de remettre en cause les conclusions du Dr H._____.

le Dr G. _____ ayant simplement repris les conclusions du Dr E. _____ s'agissant de la capacité de travail (pce OAIE 22, p. 4). Le Dr G. _____ a d'ailleurs indiqué que « *sur le plan rhumatologique, il n'y [avait] pas de contre-indication médicale à une reprise de travail compte tenu tout à la fois du diagnostic de l'affection de l'assurée et de sa profession qui ne nécessite pas de port de charge importante, ni de position statique prolongée* » (pce OAIE 22, p. 4). Retenant qu'il fallait tenir compte de la durée d'arrêt de travail, de l'asthénie, des douleurs et des difficultés thérapeutiques dans l'asthénie, il a par ailleurs noté que les dates et les taux de capacité de travail retenus par le Dr E. _____ lui « *sembl[ai]ent* » être conformes au diagnostic de fibromyalgie retenu. En conséquence, vu qu'aussi bien le Dr H. _____ que le Dr G. _____ ont posé le diagnostic de fibromyalgie, que le Dr H. _____ a considéré que cette pathologie n'affectait pas la capacité de travail dans une activité adaptée et que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 20 %, que le Dr G. _____ a indiqué qu'il n'y avait pas de contre-indication à une reprise du travail, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'opinion du Dr H. _____ qui retient qu'il n'y a jamais eu d'incapacité dans une activité adaptée et que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail est de 80 % dès le 20 août 2012 (sur ce dernier point, voir pce OAIE 34, p. 20).

8.1.1.5 Par conséquent, les conclusions auxquelles a abouti le Dr H. _____ dans son expertise rhumatologique, laquelle a valeur probante, ne sauraient être remises en cause par les documents médicaux versés par la recourante durant la procédure et se rapportant au volet rhumatologique.

8.1.2 D'un point de vue psychiatrique, la Dresse I. _____ a procédé à deux expertises à trois mois d'intervalle.

8.1.2.1

8.1.2.1.1 Dans son rapport du 20 mai 2014, la prénommée a retenu un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F 32.11), une anxiété généralisée en rémission, diagnostic anamnétique (F 41.1) et une personnalité limite avec des traits dépendants et narcissiques, non décompensée (F 61) (pce OAIE 34, p. 16).

La Dresse I. _____ a relevé que l'épisode dépressif léger était caractérisé par la présence d'une humeur dépressive d'intensité légère, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, associés à une attitude pessimiste face à l'avenir et à un sentiment de persécution (pce OAIE 34, pp. 18 et

19). Elle a souligné que la recourante présentait une importante labilité émotionnelle, qu'elle pleurait sur son sort, que la thymie était légèrement triste, qu'il n'y avait pas d'angoisse objectivée, qu'elle présentait une attitude très négative face à l'avenir et un sentiment de persécution ainsi qu'une anxiété, notamment en raison de l'incertitude quant à son avenir professionnel et de ses difficultés financières, et que des symptômes en faveur d'un épisode dépressif léger étaient mis en évidence (pce OAIE 34, p. 14). Elle a par contre indiqué ne pas avoir objectivé de symptôme de la lignée psychotique, ni de symptôme en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique, ni de symptôme en faveur d'un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif, ni de symptôme en faveur d'un diagnostic de trouble dissociatif (pce OAIE 34, p. 15). La psychiatre a relevé que la recourante présentait « *une amplification verbale de toutes ses plaintes, accompagnée d'un sentiment de détresse* » et qu'elle n'avait pas de comportement algique (pce OAIE 34, p. 15). Elle a également fait mention de l'existence chez A._____ « *d'une fragilité narcissique, [d'une incapacité à] se remettre en question et demander de l'aide* » (pce OAIE 34, p. 15), ajoutant que le patiente « *se positionn[ait] dans un rôle de victime* » niant l'amélioration de son état de santé (pce OAIE 34, p. 19). Enfin, la Dresse I._____ a précisé qu'il n'y avait pas de « *symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques* » (pce OAIE 34, p. 15). Contrairement au Dr C._____, la psychiatre n'a pas mis en exergue un trouble dépressif récurrent dans la mesure où elle a considéré que les critères cliniques de la CIM-10, soit la répétition d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants, d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie, n'étaient en l'espèce pas remplis. En effet, la recourante a développé une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle, qui s'est aggravée en avril 2013, dans le cadre d'un premier épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (pce OAIE 34, p. 18). La Dresse I._____ a finalement indiqué que la fibromyalgie diagnostiquée par le Dr H._____ ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique manifeste, de sorte que le critère de gravité du trouble somatoforme douloureux n'était pas réalisé (pce OAIE 34, p. 19).

Ainsi, la psychiatre a retenu que la capacité de travail était de 0 % dès le 1^{er} avril 2013, date à laquelle la recourante a commencé à être suivie par le Dr. C._____ et à laquelle ce dernier a objectivé une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, et de 100 % dès le 24 mars 2014, soit le

jour de l'examen clinique et ce dans toute activité (pce OAIE 34, pp. 19 et 20).

8.1.2.1.2 S'agissant de sa valeur probante, le Tribunal constate que le rapport du 20 mai 2014 fait suite à un examen clinique qui a eu lieu le 24 mars 2014 et que l'experte a tenu compte des plaintes subjectives de la recourante (pce OAIE 34, p. 12, 14, 15 et 19) et qu'elle s'est fondée sur des examens cliniques complets.

A ce propos, la Dresse I. _____ a eu accès au rapport d'expertise du Dr E. _____, daté 29 mars 2013, ainsi qu'au rapport médical du Dr C. _____ du 27 octobre 2013 et, partant, a eu connaissance de l'anamnèse de la patiente (pce OAIE 34, p. 8).

A cet égard, il sied de relever qu'elle a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr C. _____ en y indiquant la raison, à savoir l'absence des critères cliniques de la CIM-10 (pce OAIE 34, p. 18). Le Dr E. _____, psychiatre, n'avait lui non plus pas retenu ce diagnostic.

Partant, la Dresse I. _____ a tenu compte des pièces essentielles du dossier ainsi que des conclusions auxquelles ont abouti les Drs C. _____ et E. _____. Elle a dressé un tableau motivé et cohérent et indiqué qu'elle souhaitait revoir la recourante dans un délai de trois mois afin de vérifier si l'amélioration qu'elle avait constatée était durable. Il y a dès lors lieu de conférer pleine valeur probante à ce rapport d'expertise psychiatrique.

8.1.2.2

8.1.2.2.1 Dans son rapport du 13 août 2014, faisant suite à l'examen du 2 juillet 2014 que la Dresse I. _____ a décidé de diligenter dans la mesure où la recourante contestait les conclusions auxquelles aboutissait la première expertise, la psychiatre a posé les mêmes diagnostics que dans le cadre du rapport du 20 mai 2014, précisant que l'épisode dépressif léger avec syndrome somatique était en rémission partielle (F 32.11). La Dresse I. _____ a aussi noté qu'il n'y avait pas de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Elle a à nouveau souligné que la recourante « *présent[ait] une amplification verbale de ses plaintes somatiques, sans comportement algique dans le cadre d'une fibromyalgie diagnostiquée par le médecin rhumatologue* », que son discours était « *très plaintif* » et que la recourante était une personne notamment « *incapable de se remettre en question* », « *sans moyens d'introspection* », « *immature* », « *fragile psychologiquement* » et « *narcissique* »

(pce OAIE 34, p. 5). L'experte a par ailleurs précisé que la recourante était accompagnée d'une amie au rendez-vous et qu'elle avait quelques amies dans sa vie sociale, relevant au surplus qu'elle était bien habillée et très soignée de sa personne (pce OAIE 34, p. 4). Au regard des constatations faites, elle a considéré qu'il existait une amélioration durable sur le plan psychiatrique, que le diagnostic d'anxiété généralisée, retenu par le Dr C._____, était en rémission et ne justifiait par conséquent pas une diminution de la capacité de travail, que l'épisode dépressif léger déjà mis en évidence dans le rapport du 20 mai 2014 était en rémission partielle et n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail tout comme le trouble de la personnalité limite (AI pce 34, p. 5). La Dresse I._____ a ainsi déclaré persister dans son opinion selon laquelle le critère de gravité du trouble somatoforme douloureux n'était *in casu* pas rempli.

La Dresse I._____ a par conséquent confirmé les conclusions prises dans le rapport du 20 mai 2014, soit, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail totale dans toute activité dès le 24 mars 2014 précisant qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant (AI pce 34, p. 6).

8.1.2.2 S'agissant de sa valeur probante, le Tribunal constate que ce rapport du 13 août 2014 fait suite à un examen clinique s'étant déroulé le 2 juillet 2014, que l'experte a tenu compte des plaintes subjectives de la recourante (pce OAIE 34, p. 3) et qu'elle s'est fondée sur des examens cliniques complets. Le contexte médical est clairement décrit. La médication actuelle de la recourante est aussi mentionnée (pce OAIE 34, p. 3). Les traits saillants de la personnalité de la recourante sont décrits de façon claire et précise (pce OAIE 34, p. 5). Les conclusions auxquelles aboutit l'experte sont limpides et reflètent les données obtenues lors de l'examen qu'elle a pratiqué sur la recourante. Il sied dès lors de considérer que ce rapport psychiatrique a pleine valeur probante.

8.1.2.3 Quant à la capacité de travail retenue par la Dresse I._____ dans ses deux rapports, soit une capacité de travail de 100 % dans quelque activité que ce soit dès le 24 mars 2014, il n'y a pas de raison de s'en écarter. En effet, les constatations faites par cette spécialiste ainsi que les conclusions auxquelles elle a abouti montrent de manière convaincante que A._____ ne souffre pas de pathologie à caractère incapacitant sur le plan psychiatrique, si bien que c'est à juste titre que la psychiatre a retenu une capacité de travail complète dès après le premier examen clinique, ce qui fut confirmé par le second examen. A ce propos, on relèvera que la capacité de travail ainsi retenue n'est nullement contradictoire avec

celle évaluée par le Dr E._____. Ce dernier a en effet conclu à une capacité de travail totale dès le 1^{er} juin 2013 (pce OAIE 23, p. 22).

Par ailleurs, il n'y a pas non plus lieu de remettre en cause le fait que la Dresse I._____ a considéré que, se fondant sur les conclusions du Dr C._____, la recourante était en incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique dès avril 2013. En effet, l'objet de l'expertise établie par la Dresse I._____ était d'examiner l'état de santé et la capacité de travail dès le jour de l'examen et non antérieurement, de sorte qu'elle n'avait pas à se prononcer de façon rétroactive sur les conclusions du Dr C._____. Au demeurant, on relèvera que ce dernier a indiqué que la recourante était en incapacité de travail totale dès le 20 août 2012, soit la date retenue par le Dr B._____. Le Tribunal de céans considère à ce propos qu'il est inenvisageable pour un expert psychiatre, se basant sur les conclusions d'un médecin généraliste, d'attester d'une incapacité de travail totale qui aurait débuté près de huit mois avant qu'il n'ait vu pour la première fois la personne examinée.

8.2 C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation médicale repose sur une évaluation médicale complète, telle qu'en l'espèce, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation de l'expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1).

En l'espèce, la recourante, en annexe à son mémoire de recours, ne produit aucun document médical nouveau susceptible d'étayer ses conclusions. Au contraire, elle se contente de rappeler les diagnostics posés par son médecin traitant et son psychiatre traitant ainsi que le fait que ces derniers ont retenu une incapacité de travail totale dans toute activité (pce TAF 1, p. 2). Or, les deux experts mandatés par le SMR ont eu connaissance et ont tenu compte de ces documents comme cela ressort du reste de leurs rapports d'expertise des 20 mai 2014 et 13 août 2014.

De plus, le médecin traitant n'est spécialisé ni en psychiatrie ni en rhumatologie et que l'on ne connaît pas le cheminement l'ayant conduit à retenir que la recourante souffrait d'un état dépressif (couplé à une fibromyalgie) conduisant à une incapacité de travail totale dans toute activité.

S'agissant du psychiatre traitant, le Dr C._____, il convient de mentionner que celui-ci a conclu à une incapacité de travail complète dans son

rapport médical AI du 24 septembre 2013 ainsi que dans ses rapports destinés à l'assureur perte de gain, les 23 octobre 2013 et 17 février 2014. Dans aucun de ces trois rapports, il ne fait référence à un quelconque examen ou test spécifique, contrairement à la Dresse I. _____ et au Dr E. _____. On ne parvient dès lors pas à déterminer comment et pour quelle raison ce praticien a retenu une incapacité de travail dans toute activité que ce soit. De plus, à aucun endroit ne sont discutées les conclusions – notamment celle de trouble dépressif récurrent – du Dr E. _____. Partant, les documents médicaux établis par le Dr C. _____ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de la Dresse I. _____, laquelle a effectué deux examens cliniques complets sur la recourante.

Finalement, on relèvera que le fait que l'assureur perte de gain ait continué à verser des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie en se basant sur les rapports pour le moins succincts du Dr C. _____ des 24 septembre 2013 et 17 février 2014 (pce OAIE 35, pp. 7 et 18) n'est pas pertinent pour remettre en cause la valeur probante du rapport du Dr E. _____ et encore moins celle des rapports de la Dresse I. _____. Le Tribunal de céans n'est quoi qu'il en soit pas lié par les décisions de l'assureur perte de gain.

9.

Au vu de ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'autorité inférieure a retenu une incapacité totale de travail du 1^{er} avril 2013 au 24 mars 2014 ainsi qu'une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 25 mars 2014.

Par conséquent, le recours du 2 février 2015 doit être rejeté et la décision du 12 décembre 2014 confirmée.

10.

10.1 A teneur de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF, les frais de procédure, comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours, sont en règle générale mis à la charge de la partie qui succombe. En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre 200 francs et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Conformément à l'art. 7 al. 1 *a contrario* et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF ; RS 173.320.2), la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige.

10.2 En l'occurrence, vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, arrêtés à 400 francs, sont mis à la charge de A. _____ et compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée durant l'instruction (pce TAF 4). Ayant succombé, aucun dépens ne lui est alloué.

(dispositif page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de justice, d'un montant à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais de même montant déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante, par l'entremise de son mandataire (acte judiciaire)
- 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 :

Caroline Bissegger

Jean-Luc Bettin

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF ; RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. L'arrêt attaqué et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :