



Arrêt du 9 août 2018

Composition

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

Parties

A. _____, (France)
représentée par Me Karim Hichri,
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 6 octobre 2016).

Faits :**A.**

A. _____, ressortissante française née le (...) 1956, est mariée et mère de deux enfants nés 1986 et 1989. Elle a travaillé comme frontalière en Suisse à compter de l'année 1978, en dernier lieu dès l'année 1990, comme employée de bureau au service de la comptabilité de l'employeur B. _____ SA à raison de 30 heures par semaine, dans le canton C. _____, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (AI docs 1, 3, 19). Elle a été mise en arrêt de travail total à compter du 19 novembre 2012 en raison d'un état dépressif (AI docs 20, 22 p. 355), suite à quoi elle a bénéficié d'indemnités-journalières de D. _____ SA (AI doc 22 p. 360 ss ; ci-après : l'assureur-maladie) ; son contrat de travail a été résilié le 23 mai 2013 avec effet au 30 septembre 2013 (AI doc 3).

B.

B.a Le 20 mai 2015, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de E. _____ (ci-après : l'Office cantonal), qui l'a reçue le 9 juin 2015 (AI doc 1).

B.b Les documents médicaux suivants ont été ajoutés au dossier :

- des certificats médicaux établis par le Dr F. _____, médecin traitant de l'intéressée, mettant celle-ci en arrêt de travail dès le mois de novembre 2012 (p. 347 s., 351 s., 354 s., 358),
- une série de certificats médicaux par lesquels la Dresse G. _____, psychiatre et psychothérapeute, déclare que sa patiente présente une incapacité de travail totale dès le 1^{er} février 2013 et jusqu'au 30 septembre 2013 (AI doc 22 p. 274 – 282),
- un rapport médical initial du 5 février 2013 établi par le Dr F. _____, indiquant que l'intéressée présente une incapacité de travail totale depuis le 19 novembre 2012 et jusqu'au 31 janvier 2013, en raison d'un état anxio-dépressif réactionnel (AI doc 22 p. 333),
- un rapport du 19 avril 2013, dans lequel le Dr H. _____, médecin conseil de l'assureur-maladie, retient que l'employeur de l'intéressée est très probablement responsable de la survenue de la maladie ; le médecin retient que l'arrêt de travail est en l'état justifié jusqu'au 1^{er} septembre 2013 ; l'évaluation de la capacité de travail dépendra

ensuite notamment de savoir si l'intéressée est licenciée ou si elle continue à travailler auprès de son employeur (AI doc 6 p. 9),

- un certificat médical illisible établi le 11 juin 2013 par le Dr F. _____ (AI doc 22 p. 284),
- un certificat médical établi le 18 juin 2013 par la Dresse G. _____, qui relève que l'intéressée est suivie au sein de leur institution depuis le 29 janvier 2013 ; les symptômes suivants sont relevés : pleurs répétés associés à un sentiment marqué de tristesse et une forte dévalorisation, perturbations importantes de l'appétit et des habitudes de sommeil, perte d'énergie et fatigue chronique, troubles de la concentration et de l'attention, ainsi qu'une agitation motrice significative ; la médecin conclut à un épisode dépressif majeur ayant débuté au mois de novembre 2012 (AI doc 6 p. 15),
- une attestation médicale du 10 juillet 2013 établi par la Dresse G. _____, confirmant le diagnostic posé dans son certificat du 18 juin 2013 (voir *supra*), et retenant une incapacité de travail totale, liée à un état dépressif d'intensité moyenne se manifestant par des tensions musculaires, des difficultés de concentration et un état anxieux très invalidant (AI doc 6 p. 13),
- un certificat médical de la Dresse G. _____ du 9 septembre 2013, déclarant sa patiente en incapacité de travail totale pour le mois de septembre 2013 (AI doc 6 p. 22),
- un certificat établi le 17 février 2015 par le Dr F. _____, dans lequel celui-ci indique avoir prescrit à plusieurs reprises un arrêt de travail en faveur de l'intéressée entre le 19 novembre 2012 et le 31 janvier 2013 (AI doc 6 p. 2),
- un certificat médical établi le 19 février 2015 par le Dr I. _____, psychiatre, confirmant que sa patiente est toujours en arrêt de travail à temps complet (AI doc 22 p. 285),
- un rapport médical établi le 9 avril 2015 par le Dr I. _____, dans lequel celui-ci relève que l'intéressée est prise en charge depuis le 25 février 2014 pour un tableau d'épisode dépressif avéré (ayant débuté en novembre 2012 suite à une réaction de stress causée par un évènement sur son lieu de travail), conduisant à un sommeil perturbé avec une latence d'endormissements élevée, une anxiété évoluant

sous forme de crise d'angoisse, sur un fond de ruminations permanentes et une humeur dépressive, avec une anamnèse orientant vers une cyclicité avec une alternance rapide d'épisodes dépressifs et euphoriques ; le médecin retient dès lors comme diagnostic un tableau mixte anxio-dépressif ; il conclut que la réponse de sa patiente aux traitements est correcte et que son état s'améliore « lentement mais sûrement » (AI doc 6 p. 16 s.),

- un certificat médical du 5 mai 2015, dans lequel le Dr I. _____ retient que l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré, avec une récupération d'une capacité de travail totale à partir du 6 mai 2015 (AI doc 5),
- un rapport médical du 18 juin 2015, dans lequel le Dr F. _____ considère que sa patiente présente, depuis le 6 mai 2015 et malgré son état anxiodépressif, une aptitude à la réadaptation professionnelle, de sorte que sa capacité de travail dans une activité adaptée est totale, tout en restant nulle dans l'activité habituelle ; aucune limitation fonctionnelle n'est par ailleurs retenue (AI doc 10),
- un rapport médical du Dr I. _____ reçu par l'Office cantonal le 17 juillet 2015 (AI doc 21), dans lequel le médecin précise ses constatations précédentes, à savoir en posant, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère (F 32.2) ainsi qu'un stress professionnel et, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un tempérament hyperthymique ; le médecin relève comme limitations fonctionnelles des difficultés de concentration, d'adaptation et de résistance (fatigabilité) et fait état d'un pronostic favorable, estimant qu'une activité adaptée pouvait être reprise dès le mois de juin 2015,
- et, enfin, un rapport médical intermédiaire établi le 5 février 2016 par le Dr I. _____ à la demande de l'Office cantonal (AI doc 30) ; le médecin relève que l'état de santé de l'intéressée est resté stationnaire, en s'étant toutefois légèrement amélioré depuis le mois d'août 2015 ; il retient, comme limitations fonctionnelles, une fatigabilité et des douleurs multiples, et conclut que sa patiente présente une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, et une capacité de travail de (... [chiffre difficilement lisible ne correspondant toutefois pas à 100%]) dans une activité adaptée.

B.c Dans son rapport du 5 juillet 2016, le Dr J._____, médecin du Service médical régional AI (ci-après : médecin SMR), a retenu que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive sévère dont l'évolution était favorable. Il a conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité (AI doc 32).

B.d Par projet de décision du 11 juillet 2016, l'Office cantonal a informé l'intéressée qu'il entendait rejeter sa demande de rente ; il a estimé que sa capacité de travail avait été totale dès le mois de mai 2015, tant dans le domaine professionnel que dans ses travaux habituels (tenue du ménage), de sorte qu'elle ne présentait aucune invalidité (AI doc 34).

L'intéressée ne s'est pas opposé audit projet de décision.

B.e L'OAIE, reprenant l'argumentation figurant dans le projet de décision susmentionné, a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'intéressée par décision du 6 octobre 2016 (AI doc 37).

C.

C.a Par actes du 9 novembre 2016 (TAF pces 1 s.), l'intéressée, représentée par Maître Karim Hichri, a interjeté recours contre la décision susmentionnée auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal), concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2015, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause auprès de l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La recourante a notamment remis en cause la pertinence des rapports médicaux sur lesquels reposait l'avis du médecin SMR, en considérant qu'ils étaient contradictoires. Elle a en outre relevé que l'autorité inférieure s'était écartée sans explication des indications figurant dans ces documents médicaux en retenant, à l'inverse desdits documents, une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.

C.b Invitée à prendre position sur le recours par le Tribunal de céans (TAF pce 3), l'autorité inférieure, par réponse du 27 décembre 2016, a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 4). L'autorité inférieure, soit pour elle l'Office cantonal dans son avis du 22 décembre 2016, a notamment considéré que les documents médicaux établis par le Dr I._____ (psychiatre traitant de la recourante), faisaient état d'un

pronostic favorable et d'un état stationnaire, et que l'intéressée avait dès lors recouvré une pleine capacité de travail dès le 5 mai 2015 dans toute activité.

C.c Par réplique du 14 mars 2017 (TAF pce 10), la recourante a notamment relevé que le Dr I._____, dans son avis du 5 février 2016, ne concluait pas à une pleine capacité de travail dans une activité à plein temps. Elle a de plus souligné avoir été reconnue en incapacité totale de travail par la sécurité sociale française. L'intéressée a en outre joint à sa réplique un courrier de la Dresse G._____ du 24 février 2017, dans lequel celle-ci confirmait le diagnostic d'épisode dépressif majeur sans symptômes psychotiques (F 32.2 – ICD-10) ; la médecin précisait ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail dès le mois de mai 2015, n'ayant plus suivi sa patiente à compter de cette période.

C.d Par duplique du 18 avril 2017 (TAF pce 12), l'autorité inférieure (soit pour elle l'Office cantonal dans son avis du 10 avril 2017), a relevé que la reconnaissance d'une invalidité par la sécurité sociale française ne préjugait pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse. Elle a en outre joint à sa duplique un avis médical du 7 avril 2017, dans lequel la Dresse K._____, médecin SMR, relevait que le document médical du 24 février 2017 (voir *supra*, let. C.c) ne portait que sur la période allant jusqu'au mois de mai 2015 ; or il était admis que l'intéressée avait souffert d'une incapacité de travail totale de novembre 2012 à mai 2015.

C.e L'autorité inférieure, par courrier du 19 juin 2017, a transmis au Tribunal de céans les copies de la décision de pension d'invalidité française du 5 mai 2017 en faveur de la recourante, ainsi que des formulaires E 204, E 210 et E 213 y relative (TAF pce 17). Le rapport E 213, établi le 31 mai 2017 par la Dresse L._____, médecin conseil, faisait état en particulier d'une dépression sévère réactionnelle à un burnout, avec comme symptômes des troubles de la mémoire et de la concentration, des polyalgies diffuses, de l'apathie et de l'agoraphobie. La médecin indiquait que tant l'activité habituelle qu'une activité adaptée ne pouvaient être exercées à compter du 17 avril 2014.

C.f La recourante, dans sa prise de position du 29 juin 2017 (TAF pce 18), a fait valoir que les documents médicaux ayant fondé la décision de la sécurité sociale française du 5 mai 2017 devaient être pris en compte par l'autorité inférieure ; elle a en ce sens signalé qu'elle transmettrait ultérieurement au Tribunal de céans lesdits documents. L'intéressée a en outre joint à ses observations deux nouvelles pièces médicales, à savoir :

- une attestation médicale du 16 mai 2017, dans laquelle la Dresse G._____ indique que l'intéressée présentait, lors de son rendez-vous du 1^{er} mai 2015, un syndrome dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2 – ICD-10), dont la sévérité a pu être mise en évidence ce jour-là par l'échelle de Hamilton (résultat de 42 : dépression très sévère),
- et une attestation médicale du 12 juin 2017, par laquelle le Dr I._____ conclut, sur la base du document établi le 16 mai 2017 par la Dresse G._____, que l'intéressée a souffert d'une rechute de son trouble de l'humeur avec une nouvelle incapacité de travail survenue dès le 27 août 2015.

C.g Dans ses dernières observations du 4 octobre 2017, la requérante a indiqué ne pas avoir encore reçu les rapports médicaux de la sécurité sociale française qu'elle comptait transmettre au Tribunal (voir *supra*, let. C.f). Elle a toutefois considéré que les derniers documents produits avec ses déterminations du 29 juin 2017 suffisaient à confirmer les conclusions prises dans son recours, qu'elle a dès lors maintenues.

Droit :

1.

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA

s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

1.4 En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure de CHF 800.- ayant été dûment acquittée (TAF pce 9), le recours est recevable.

2.

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

3.

3.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1^{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).

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

4.

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

5.

5.1 L'intéressée conteste l'appréciation faite par l'autorité de première instance de sa pleine capacité de travail.

5.2 Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la requérante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (AI doc 19). Il reste donc à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

6.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 LPGGA).

L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

7.

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

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

8.

8.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral

8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

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

8.3 S'agissant plus précisément 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 dès lors pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

9.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPG), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPG). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé

que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références).

10.

10.1 S'agissant tout d'abord de l'état de santé de la recourante, le Tribunal observe ce qui suit : le Dr F._____, dans son rapport initial du 5 février 2013, conclut à un état dépressif réactionnel ; la Dresse G._____, notamment dans son certificat médical du 18 juin 2013, constate un épisode dépressif majeur. Le Dr I._____, quant à lui, fait dans un premier temps état d'un tableau mixte anxio-dépressif avec une alternance rapide d'épisodes dépressifs et euphoriques, avant de poser comme diagnostics principaux un épisode dépressif sévère (F 32.2) ainsi qu'un stress professionnel et, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un tempérament hyperthymique (voir *supra*, let. B.b). C'est sur la base de ces documents que le Dr J._____, médecin SMR, retient, dans son avis du 5 juillet 2016, que l'intéressée présente une symptomatologie dépressive sévère dont l'évolution est favorable (voir *supra*, let. B.c).

10.2

10.2.1 En ce qui a trait aux limitations fonctionnelles, force est de constater que le dossier de la recourante apparaît comme peu concluant en ce qui concerne la capacité de travail de celle-ci à compter du mois de mai 2015

(l'incapacité avant cette date n'étant pas contestée : voir notamment l'avis SMR du 7 avril 2017 [*supra*, let. C.d]). Certes, tous les médecins s'accordent à dire que l'intéressée n'est pas en mesure d'exercer son activité habituelle (à l'exception du médecin SMR dans son avis du 5 juillet 2016 [voir *infra*, consid. 10.2.2]). S'agissant en revanche de la capacité de travail dans une activité adaptée, si le Dr F._____ ne fait état d'aucunes limitations fonctionnelles dans son rapport du 16 juin 2015, le Dr I._____, lui, relève en revanche, dans le rapport reçu le 17 juillet 2015, une limitation des capacités de concentration, d'adaptation et de résistance limitées puis, dans son rapport du 5 février 2016, une fatigabilité ainsi que des douleurs multiples. S'agissant de ce dernier rapport, il sied de plus de relever que si le chiffre indiqué par le médecin concernant la capacité de travail dans une activité adaptée est difficilement lisible, il n'en demeure pas moins qu'il ne correspond en aucun cas au chiffre de « 100% » (voir *supra*, let. B.b).

Ainsi, même s'il fallait considérer que les deux médecins s'accordaient à dire qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était possible, il n'en demeurerait pas moins un désaccord quant à l'étendue des limitations fonctionnelles entrant en ligne de compte. Or plutôt que d'éclaircir cette question, l'avis médical SMR du 5 juillet 2016 élude sans autres explications le point de vue du Dr I._____, selon lequel des limitations fonctionnelles seraient présentes ; par ailleurs, il s'écarte sans se justifier du seul point sur lequel tous les documents médicaux figurant au dossier s'accordent (à savoir que l'intéressée présente une incapacité totale dans l'activité habituelle), en retenant quant à lui une pleine capacité de travail dans toute activité (voir *supra*, let. B.c). L'on ne saurait ainsi accorder de valeur probante à cet avis SMR (voir *supra*, consid. 8.3).

10.2.2 Par ailleurs, le Tribunal constate qu'à l'instar de l'avis médical SMR du 5 juillet 2016, aucun des documents susmentionnés ne répond aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante ; en effet, si ceux-ci ne satisfont tout d'abord pas aux conditions générales pour ce faire (voir *supra*, consid. 8.2), ils ne répondent en outre pas à la nouvelle pratique instaurée par le Tribunal fédéral, selon laquelle il y a lieu d'examiner, dans un contexte d'atteinte à la santé psychique, la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, à l'instar de la procédure déjà applicable en matière de troubles somatoformes douloureux (voir ATF 143 V 418 consid. 7). Ainsi, les documents médicaux susmentionnés ne permettent pas de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de

sorte que celle-ci ne pouvait être établie à satisfaction de droit au moment du prononcé de la décision attaquée.

10.2.3 Postérieurement audit prononcé de la décision attaquée, l'autorité inférieure a fait parvenir au Tribunal de céans des documents relatifs à la pension d'invalidité française que perçoit la recourante ; en particulier, le rapport E 213 établi le 31 mai 2017 à cette occasion constatait une incapacité totale de travail dans toute activité à compter du 17 avril 2014 (voir *supra*, let. C.e). En outre, la recourante a peu après transmis au Tribunal de céans un nouvel avis médical du Dr I. _____ du 16 mai 2017, lequel indiquait, sur la base de l'attestation médicale de la Dresse G. _____ du 16 mai 2017 (transmise par la recourante dans un même temps), que sa patiente avait souffert d'une rechute de son trouble de l'humeur avec une nouvelle incapacité de travail survenue le 27 août 2015 (voir *supra*, let. C.f).

S'agissant de ces nouveaux documents, le Tribunal relève que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, il ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Or en l'espèce, si ces documents ne répondent pas plus aux conditions posées par la jurisprudence que les précédents documents sur lesquels reposait la décision attaquée (voir *supra*, consid. 10.2.2) – on constatera notamment que le Dr I. _____ n'explique aucunement pourquoi l'attestation médicale de la Dresse G. _____ du 16 mai 2017, qui porte sur l'état de santé de l'intéressée au 1^{er} mai 2015, n'est que susceptible de conduire à retenir une nouvelle période d'incapacité à compter du 27 août 2015 – ils n'en contribuent pas moins à illustrer le caractère lacunaire de l'appréciation médicale sur laquelle se fonde la décision attaquée. Par ailleurs, il sied de relever que dite décision reposait en grande partie sur l'avis du Dr I. _____ qui préconisait un retour à une capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de mai 2015, lequel a ensuite constaté *a posteriori* une incapacité de travail s'étendant au-delà dudit mois de mai 2015. Ainsi, force est de constater que tant la situation médicale actuelle de la recourante que les limitations fonctionnelles qui pourraient en découler n'ont pas été établis à satisfaction de droit.

11.

11.1 Il s'ensuit que la décision attaquée a été rendue sur la base d'un dossier médical lacunaire. En conclusion, l'affaire doit être renvoyée à l'OAIE afin qu'il complète l'instruction du dossier, en mettant en œuvre un examen médical de l'intéressée en Suisse ; ledit examen devra cette fois se prononcer sur l'état de santé de la recourante et sur son influence quant à la capacité de travail. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance de l'instruction à compléter (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'expertise devra satisfaire à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux maladies psychiques (voir les ATF 143 V 409 et 143 V 418). Dans le cadre de cette expertise, la recourante disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210.

11.2 Partant, le recours doit être partiellement admis, en ce sens que la décision du 6 octobre 2016 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier si la recourante présente une affection psychiatrique invalidante.

12.

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

Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante au cours de la procédure (voir *supra*, consid. 1.4) lui sera remboursée sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal.

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de CHF 2'800.-, à la charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis, en ce sens que la décision du 6 octobre 2016 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

2.

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

3.

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

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (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 :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :