



Arrêt du 14 septembre 2017

Composition

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

Parties

A. _____,
représentée par Me Alain Schweingruber,
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 ; rejet de la demande de prestations ;
décision du 22 octobre 2015.

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante franco-suisse domiciliée en France, née le (...) 1969. Elle est la mère d'un enfant né en 1997, et est divorcée depuis le mois de (...) 2005. Elle a en dernier lieu exercé une activité de gérante et salariée d'un salon de coiffure dans le canton B._____ (AI p. 1 – 9, 89) ; elle a ainsi cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (AI p. 36 – 37). Elle a été mise en incapacité de travail à compter du 19 mai 2008 (AI p. 90, 96, 149).

B.

B.a Le 16 janvier 2013, l'intéressée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton B._____ (ci-après : l'Office cantonal), qui l'a reçue le 21 janvier 2013 (AI p. 1 – 9).

B.b Dans le cadre de cette demande, ont notamment été versés les documents suivants :

- un rapport d'expertise psychiatrique établi en date du 20 mars 2009 par le Dr C._____, psychiatre et psychothérapeute (AI p. 96 – 99) ; le médecin pose comme diagnostic un trouble panique d'intensité modérée avec agoraphobie évoluant depuis 5 ans ; il relève que l'intéressée présente une personnalité dépendante avec des traits obsessionnels (perfectionnisme, rigidité) ; le médecin considère qu'un traitement psychiatrique avec psychothérapie comportementale est approprié, mais que l'affection d'agoraphobie « est d'une telle intensité qu'il y a une résistance non négligeable au changement. Dans ce contexte, il faut considérer le fait qu'elle travaille à 50%, qu'elle puisse se déplacer en voiture comme étant en soi une performance » ; le médecin conclut que la capacité de travail est, à cette date, de 50%, et que les possibilités évolutives, s'il y a acceptation d'un « traitement antidépresseur vigoureux », sont importantes,
- un certificat médical daté du 18 janvier 2010 et établi par le Dr D._____, psychiatre, indiquant que l'intéressée est suivie en consultation depuis le mois de décembre 2006 en raison d'une grave névrose phobique avec attaque de panique, qui se manifeste notamment par des difficultés lors de la conduite automobile (AI p. 14),

- trois avis d'arrêt de travail établis par le Dr E._____, médecin généraliste, en date du 7 novembre 2011, du 30 janvier 2012 et du 29 février 2012, déclarant l'intéressé en incapacité de travail de 50% à compter du 7 novembre 2011 et ce jusqu'au 31 mars 2012, en raison d'un état dépressif, d'un état de stress et d'une hypertension artérielle (AI p. 77, 79, 80),
- un rapport médical daté du 20 février 2013 et établi par le Dr C._____, à l'attention de l'Office cantonal ; le médecin retient comme diagnostics un trouble panique avec agoraphobie d'intensité moyenne (F40.0), une « dépression majeure chronique moyenne » (F34.8), ainsi qu'une personnalité « obsessionnelle » et dépendante (F60.5) ; le Dr C._____ relève en outre que ces affections sont présentes depuis l'année 2009, et que l'intéressée est en incapacité de travail à 50% dans l'activité habituelle depuis 1^{er} février 2009 (AI p. 82 – 86),
- un certificat médical du Dr F._____, médecin traitant, daté du 3 avril 2013 ; il ressort de ce document difficilement lisible que l'intéressée présente une grave névrose phobique avec des attaques de panique, qui surviennent notamment sur le lieu de travail, attaques au cours desquelles elle est « obligée de tout quitter » (AI p. 105 ; voir encore le certificat du 17 décembre 2013 qui relève une aggravation dès le mois de juin 2013 [AI p. 155]),
- et, enfin, un rapport médical établi en date du 17 avril 2013 par le même médecin à l'attention de l'Office cantonal, dans lequel il retient une grave névrose phobique avec attaques de panique et de l'agoraphobie, présentes depuis 2004, et conclut à une incapacité de travail de 50% minimum, voire même de 75% (AI p. 107 – 110).

B.c Par avis médical du 12 décembre 2013, le Dr G._____ (médecin du Service médical régional AI [ci-après : médecin SMR]) a constaté que l'expertise du 20 mars 2009 du Dr C._____ était « *bien étayée, l'anamnèse montrant parfaitement la clinique anxieuse, le diagnostic de trouble panique d'intensité modérée avec agoraphobie évoluant depuis 5 ans, chez une personnalité dépendante avec traits obsessionnels (perfectionnisme, rigidité) est parfaitement cohérente* » ; constatant en revanche que cette expertise datait de 2009, et que les documents établis par les Drs F._____ et D._____ étaient succincts, le médecin SMR a considéré qu'il s'imposait de mener une nouvelle expertise psychiatrique (AI p. 159).

B.d Par la suite, d'autres documents médicaux ont encore été versés au dossier, à savoir :

- un certificat médical établi par le Dr G._____, rhumatologue, en date du 29 avril 2014, dans lequel ce dernier indique que l'intéressée souffre depuis quatre mois d'une névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique, actuellement en bonne voie d'amélioration (AI p. 170),
- et un certificat médical daté du 10 octobre 2014, dans lequel le Dr F._____ indique que l'intéressée se trouve en incapacité totale de travail, depuis le 26 décembre 2013 et pour une durée indéterminée (AI p. 171).

B.e Sur demande de l'Office cantonal (AI p. 160 ss), le Dr H._____, psychiatre et psychothérapeute, a rendu, en date du 21 janvier 2015, une expertise psychiatrique ; celle-ci se basait sur un entretien s'étant tenu le 18 juillet 2014, ainsi que sur un entretien téléphonique effectué le 21 janvier 2015, et durant lequel l'intéressée a confirmé que son état était resté inchangé depuis le 18 juillet 2014 (AI p. 181 – 247). Le contenu de l'expertise pouvait être résumé de la manière suivante :

Le médecin y relevait que l'intéressée se plaignait de souffrir d'agoraphobie, de malaises et d'attaques de panique, de névralgie cervico-brachiale gauche, de dépression, et enfin d'eczéma (p. 201 – 204). Il indiquait ensuite que l'intéressée suivait un traitement à base de naturopathie (pour l'agoraphobie et les douleurs abdominales), d'acupuncture, d'homéopathie et de bêtabloqueurs (« le seul médicament qu'elle arrive à prendre » ; p. 208) ; s'agissant des tests psychométriques, le Dr H._____ a retenu un résultat de 7 points sur l'échelle de la dépression de Hamilton (en dessous de la limite inférieure de la dépression légère), de 8 points sur l'inventaire de Beck des symptômes dépressifs (pas de dépression en dessous de 11 points), et a dès lors conclu à l'absence d'un épisode dépressif, même léger. Concernant l'anxiété, le médecin retenait un résultat de 10 points (dans les limites de l'anxiété légère ; p. 216 s.). En ce qui avait trait aux diagnostics retenus par les autres médecins, le Dr H._____ a écarté le trouble de la personnalité obsessionnelle (p. 220) ainsi que le trouble panique d'intensité moyenne (p. 220) retenus par le Dr C._____ dans son expertise du 20 mars 2009 (voir *supra*, let. B.b), en considérant par ailleurs que les attaques de panique étaient « des inventions, construites avec une certaine naïveté » (p. 223). Le médecin rejetait en outre l'existence de malaises (p.

224), de névralgie invalidante (p. 224) et d'eczéma (p. 225). En ce qui avait en revanche trait à l'agoraphobie, le Dr H. _____ a admis qu'elle ait pu exister par le passé, en précisant que si cela avait été le cas, elle avait alors évolué très favorablement entre temps, et a précisé comme suit : *« le fait qu'elle ait consulté un psychiatre jusqu'en 2010 plaide en faveur de la réalité d'une pathologie à l'époque. Il est impossible, en raison de la contamination de toutes les informations qu'elle donne, de savoir si la pathologie existe toujours. Mais quoi qu'il en soit, si la présence d'une agoraphobie actuelle ne peut pas être formellement exclue, il est certain qu'elle n'a pas, et de loin, l'ampleur que veulent bien lui attribuer l'assurée et son médecin de famille »* (p. 226). Concernant enfin le trouble dépressif, celui-ci a aussi été écarté par le médecin (p. 226).

Au terme de son expertise, le médecin n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail (p. 241) ; s'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé en premier lieu un trouble de la personnalité dyssociale (F 60.2), en estimant que l'intéressée présentait au moins cinq des six critères définissant le trouble (à savoir : attitude irresponsable manifeste et persistante et/ou mépris des normes, des règles et des obligations sociales ; incapacité à maintenir durablement les relations, alors qu'il n'existe pas de difficulté à les établir ; très faible tolérance à la frustration et abaissement du seuil de décharge de l'agressivité ; incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions ; tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement qui est à l'origine du conflit ; p. 217 s.). Il a en outre conclu à une possible persistance d'agoraphobie, d'intensité moyenne, sans trouble panique (F.40.00) et à un trouble factice (production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physiques soit psychologiques ; F 68.1). Bien qu'il ait écarté les diagnostics posés par le Dr C. _____ dans l'expertise du 20 mars 2009, le Dr H. _____ a considéré, en se basant sur cette même expertise, que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail de 50% de mai 2008 à mai 2010 (p. 244 ; comparer avec p. 220). Il a en revanche considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était en l'état de 100% (p. 244), l'intéressée n'étant limitée ni sur le plan physique, ni sur le plan psychique (p. 243) ; sur le plan social, il a relevé que le trouble de la personnalité dyssociale pouvait être surmonté (*« (...) une personne qui a besoin de travailler pour s'entretenir, même souffrant d'un tel trouble de la personnalité, a les moyens de surmonter ses frustrations lorsque les agissements des personnes dont son travail dépend ne vont pas dans le*

sens que cette personne souhaite et que ces personnes ne se soumettent pas à son autorité », comparer p. 241 et 243.).

B.f Par projet de décision du 3 février 2015 (AI p. 251 s.), l'Office cantonal a indiqué à l'intéressée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, en précisant comme suit : *« (...) vous ne présentez aucune pathologie psychiatrique ayant une répercussion sur votre capacité de travail. De plus, nous pouvons raisonnablement exiger de vous (...) que vous entrepreniez toutes les démarches utiles pour réduire votre incapacité de travail (n.d.l.r : sic). En effet, la prise d'un traitement médical adéquat améliorerait grandement votre état de santé, quand bien même vous ne répondez par aux conditions de l'article 4 LAI ».*

B.g Par courrier daté du 12 février 2015, Maître Alain Schweingruber a indiqué à l'Office cantonal qu'il avait été mandaté par l'intéressée dans le cadre de la procédure relative à sa demande prestations (AI p. 253 ; voir aussi la procuration signée, datée du 10 février 2015 [AI p. 254]).

B.h L'intéressée s'est opposée en date du 27 février 2015 au projet de décision du 3 février 2015 (AI p. 258 s.). Elle soutenait, dans ce courrier, souffrir d'agoraphobie, de troubles paniques, d'eczéma, ainsi que d'une névralgie cervico-brachiale avec une paralysie de la main gauche. Elle a notamment relevé que le Dr H. _____ n'avait *« pas compris la portée »* de sa maladie, et a indiqué comme suit : *« Il m'a convoqué à son cabinet à l. _____ au mois de juillet... Lui expliquant que je ne pouvais me rendre à l. _____ étant donné que je ne pouvais pas sortir de la maison, [il] m'a clairement dit que si je ne pouvais pas me rendre à son cabinet, je compromettais ma demande AI (...) j'ai insisté pour qu'il me rencontre et lui ai dit que je ferais beaucoup d'effort pour me rendre jusqu'à J. _____ (...) il a difficilement accepté ».*

B.i Par la suite, les documents médicaux suivants ont encore été versés au dossier :

- un rapport E 213 établi par la Dresse K. _____, médecin conseil, en date du 20 mars 2015, et fondé sur un examen ayant pris place le 17 mars 2015 ; la médecin pose comme diagnostics une névralgie cervico-brachiale hyperalgique, un eczéma généralisé, ainsi qu'une *« réactivation des crises de panique »* ; elle note en outre, comme antécédent médical, de l'agoraphobie ; elle relève que le rachis lombaire est déclaré douloureux à la palpitation, et que le rachis cervical présente une palpitation hyperalgique diffuse ; la médecin

retient en outre une limitation des amplitudes de tous les mouvements, ceux-ci étant allégués douloureux ; en outre, une mobilisation active des épaules est limitée à 90° ; en conclusion, la Dresse K. _____ note que l'évolution de « la pathologie » (sans la définir) est chronique, avec un retentissement sur la santé important mais pouvant être amélioré ; la médecin précise que l'intéressée est toujours en mesure d'effectuer des travaux légers, et que si l'activité habituelle ne peut plus être exercée à temps plein, une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée (AI p. 261 – 267),

- et une « notification de refus médical d'une pension d'invalidité » du 26 mars 2015, par laquelle la Caisse primaire d'assurance maladie de L. _____ rejette la demande de pension d'invalidité de l'intéressée, sur la base du rapport E 213 susmentionné.

B.j Par courrier du 26 mai 2015 (AI p. 279), l'intéressée a requis de l'Office cantonal qu'il transmette l'expertise du Dr H. _____ au Dr C. _____, pour que ce dernier puisse se déterminer sur le contenu de ladite expertise (le Dr C. _____ n'a toutefois pas donné suite à cette demande [voir AI p. 282]).

B.k Dans un avis médical SMR daté du 7 octobre 2015, le Dr M. _____ a constaté que le Dr H. _____ avait retenu, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble panique d'intensité moyenne avec agoraphobie, un trouble factice, ainsi qu'un trouble de la personnalité dyssociale ; considérant que l'expertise du Dr H. _____ était particulièrement fouillée et probante, le Dr M. _____ a indiqué que ces conclusions pouvaient être suivies, en ce sens que l'intéressée présentait une capacité de travail entière au moment du dépôt de la demande de prestations (AI p. 283 s.).

B.l Par décision datée du 22 octobre 2015, l'OAIE, reprenant la motivation exposée dans le projet de décision du 3 février 2015 (voir *supra*, let. B.g), a rejeté la demande de prestations déposée par A. _____ (AI p. 286 s.).

C.

C.a Par acte daté du 23 novembre 2015, l'intéressée, toujours représentée par Maître Schweingruber, a interjeté recours contre la décision du 22 octobre 2015 par devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ; TAF pce 1). Elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée, en contestant notamment le contenu et les conclusions de l'expertise

psychiatrique du 20 janvier 2015, relevant que celle-ci contenait de nombreuses erreurs. Elle a en outre souligné que l'autorité inférieure ne s'était elle-même pas prononcée sur la question des affections somatiques et des éventuelles limitations physiques qui pouvaient en découler ; elle a par ailleurs relevé que le Dr H. _____, qui était psychiatre, avait écarté l'existence desdites affections somatiques, alors même que cette question ne se rapportait pas à sa spécialisation. Par ailleurs, la recourante a souligné que les rapports avec le Dr H. _____ avaient été « chaotiques ». Elle a dès lors soutenu que l'expertise psychiatrique sur laquelle s'était basée l'autorité inférieure pour rendre sa décision ne répondait pas aux exigences de qualité requises. Elle a en ce sens demandé à ce qu'une expertise complémentaire, voire une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. En outre, elle a relevé qu'elle était au bénéfice, en France, d'une prise en charge par un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés psychiques, et ce jusqu'au 30 avril 2017 (voir en ce sens le « plan personnalisé de compensation du handicap daté du 28 juillet 2015 », et l'attestation de prise en charge du 31 juillet 2015 [TAF pce 1, annexes 3 et 4]). Enfin, la recourante a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire totale.

C.b Par décision incidente du 19 janvier 2016, le Tribunal a octroyé l'assistance judiciaire totale à la recourante (TAF pce 4).

C.c Invitée à prendre position sur le recours (TAF pce 2), l'autorité inférieure a conclu, en date du 21 janvier 2016, à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6). Elle s'est en ce sens référée à la prise de position de l'Office cantonal du 19 janvier 2016. L'Office avait estimé, dans celle-ci, que le Dr H. _____ avait tenu compte de toutes les plaintes exprimées par la recourante, et qu'il avait pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier ; ainsi, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale étaient claires et les conclusions dûment motivées. L'Office soutenait dès lors que l'expertise remplissait les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant des affections somatiques, l'Office cantonal relevait qu'elles ne faisaient l'objet d'aucune incapacité de travail attestée médicalement. Ainsi, l'Office avait conclu que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante, et que la capacité de travail était pleine et entière dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement.

C.d Invitée à répliquer par ordonnance du 27 janvier 2016 (TAF pce 7), la recourante a repris, dans sa prise de position du 29 février 2016 (TAF pce

9), l'argumentation exposée dans le recours, et a en outre apporté un certain nombre de nouvelles pièces, à savoir notamment :

- un certificat médical difficilement lisible établi par le Dr F._____ en date du 9 février 2016, dans lequel ce dernier indique que l'intéressée est incapable de lever les bras ou de porter des charges lourdes, et qu'elle présente un eczéma bilatéral en raison du contact avec des produits allergisants,
- une attestation datée du 17 février 2016 et établie par Madame M._____, auxiliaire de vie à domicile, indiquant que l'intéressée a besoin d'un accompagnement constant, au vu du risque d'attaques de panique handicapantes,
- un second certificat médical établi par le Dr F._____, cette fois-ci en date du 19 février 2016, dans lequel il est indiqué que l'intéressée souffre d'un eczéma bilatéral ainsi que d'une névralgie cervico-brachiale ; le médecin précise que ces deux pathologies relèvent de maladies professionnelles, et qu'elles justifient une incapacité de travail depuis le 26 décembre 2013,
- et, enfin, un certificat médical établi par le Dr D._____ en date du 22 février 2016, dans lequel celui-ci confirme les diagnostics de grave névrose phobique avec attaques de panique, se manifestant par une agoraphobie et notamment par de grandes difficultés lors de la conduite automobile.

C.e Dans sa duplique datée du 13 avril 2016 et basée sur une prise de position de l'Office cantonal du 11 avril 2016 (TAF pce 11), l'autorité inférieure conclut à nouveau au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

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), 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 l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____, l'intéressée ayant travaillé en tant que frontalière à J._____ (voir *supra*, let. A). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

3.

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, la recourante, ressortissante franco-suisse domiciliée dans un Etat membre de la Communauté européenne, a déposé sa demande de prestations en janvier 2013, tandis que la décision attaquée a été rendue en octobre 2015 (ATF 131 V 242 consid. 2.1).

3.1 Est dès lors applicable à la présente cause 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. On précisera que le règlement n° 1408/71, auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012, contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du 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 les affections dont elle serait victime pourraient entraîner une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

5.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être

invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations. 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 LPGA).

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

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).

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 constituaient un élément utile pour déterminer quels travaux pouvaient encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 6).

8.2 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'intéressé 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'assuré, 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).

8.3 Le juge des assurances sociales doit, quant à lui, 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).

8.4 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, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

9.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires

et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettent 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).

10.

Il convient en l'espèce de souligner que la documentation médicale versée au dossier soulève deux questions distinctes ; il s'agit en effet, pour le Tribunal, de déterminer si, d'une part, l'intéressée présente des atteintes somatiques invalidantes, et, d'autre part, si elle présente des atteintes psychiatriques invalidantes.

11.

S'agissant de la question des atteintes somatiques, le Tribunal ne peut que constater l'existence d'une discordance entre les avis médicaux figurant au dossier.

11.1 Le Dr G._____ a indiqué, dans son certificat médical du 29 avril 2014, que l'intéressée souffrait d'une névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique, en bonne voie d'amélioration (voir *supra*, let. D.d). Dans son rapport E 213 daté du 20 mars 2015 (voir *supra*, let. B.j), la Dresse K._____ a confirmé le diagnostic de névralgie cervico-brachiale hyperalgique ; elle a considéré que l'évolution de la pathologie était chronique, mais qu'elle pouvait être améliorée (le Tribunal ne peut que supposer que la pathologie, non définie dans cette section du rapport, était la névralgie cervico-brachiale hyperalgique) ; elle a de plus noté la présence d'un eczéma hyperalgique, ainsi que des douleurs au rachis

lombaire et au rachis cervical. Le Dr F._____, enfin, dans ses certificats médicaux du 9 février et du 19 février 2016, a lui aussi posé les diagnostics d'eczéma bilatéral et de névralgie cervico-brachiale.

Le Dr H._____ a quant à lui rejeté, dans son expertise psychiatrique du 21 janvier 2015, l'existence d'une atteinte à la santé physique (voir *supra*, let. B.e). À la lecture de l'historique médical figurant dans l'expertise, le Tribunal constate que le Dr H._____ a toutefois omis de tenir compte de l'avis du rhumatologue ayant posé le diagnostic de névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique, à savoir le Dr G._____ (Al p. 184 – 193, 224).

11.2 En ce qui concernait la question des limitations fonctionnelles relatives à une atteinte à la santé, la Dresse K._____ a noté, dans son rapport E 213 susmentionné, une limitation des amplitudes de tous les mouvements et de la mobilisation des épaules ; elle précisait que l'intéressée était en mesure d'effectuer à plein temps une activité adaptée demandant des travaux légers (en excluant en revanche une pleine capacité dans l'activité habituelle). S'agissant du Dr F._____, celui-ci a retenu, dans son certificat daté du 19 février 2016, une incapacité totale de travail à compter du 26 décembre 2013.

11.3 S'agissant du Dr M._____, dernier médecin SMR à s'être prononcé sur le dossier, celui-ci n'a pas même fait mention, dans son avis du 7 octobre 2015 (voir *supra*, let. B.k), de la question des atteintes somatiques, se limitant au contraire à retenir que l'intéressée ne présentait pas de pathologies invalidantes sur le plan psychique. Pourtant, l'ensemble des documents médicaux portant sur cette question, à l'exception notable de l'expertise du Dr H._____, renaient l'existence d'atteintes à la santé physique, et s'accordaient au minimum à dire que l'intéressé ne présentait pas une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle ; par ailleurs, le Dr H._____ avait omis de tenir compte du certificat médical du 29 avril 2014, établi par le Dr G._____, dans lequel celui-ci avait explicitement posé le diagnostic de névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique (voir *supra*, consid. 11.1)

Au vu de telles disparités, pour ne pas dire lacunes, dans les avis susmentionnés, il appartenait au médecin SMR de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale, et d'établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne devaient pas être suivies. Pourtant, l'avis médical du Dr M._____ a complètement éludé la

question des atteintes somatiques ; il ne saurait dès lors se voir reconnaître une quelconque valeur probante (voir *supra*, consid. 8.4).

11.4 Dès lors, l'autorité inférieure se devait de constater que la documentation médicale versée au dossier ne permettait pas d'établir avec certitude si les atteintes somatiques, notamment la névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique, retenues par les Drs G._____, K._____ et F._____, étaient toujours présentes, et si elles présentaient un caractère invalidant. L'autorité intimée se devait donc d'instruire la question des affections somatiques plus en avant, ce qu'elle a pourtant omis de faire, en violation de son devoir d'instruire (voir *supra*, consid. 9). Pour ce motif déjà, le recours doit être admis partiellement.

12.

S'agissant de la question de l'état de santé psychique, le Tribunal constate qu'il existait, à l'instar des atteintes somatiques, un désaccord entre les médecins qui se sont prononcés sur la question.

12.1 Le Dr C._____, dans son expertise du 20 mars 2009 et dans son rapport du 20 février 2013 (voir *supra*, let. B.b), a retenu que l'intéressée souffrait d'un trouble panique d'intensité modérée avec agoraphobie évoluant depuis 5 ans ; il a posé comme diagnostics un trouble panique avec agoraphobie d'intensité moyenne (F 40.0), une dépression majeure chronique moyenne (F 34.8), et enfin une personnalité obsessionnelle et dépendante (F 60.5). Cet avis se retrouvait dans les conclusions du Dr D._____ (qui a fait mention, dans son certificat du 18 janvier 2010, d'une grave névrose phobique avec attaque de panique ; voir *supra*, let. B.b), du Dr E._____ (qui a retenu, en date du 7 novembre 2011, un état dépressif, un état de stress et une hypertension artérielle ; voir *supra*, let. B.b), et du Dr F._____ (qui a indiqué, dans ses certificats et rapports du 3 avril 2012 et du 17 avril 2013, que l'intéressée souffrait d'une grave névrose phobique avec attaques de panique et d'agoraphobie). Le Dr G._____, premier médecin SMR s'étant prononcé sur la documentation médicale versée au dossier, n'a pas remis en cause les conclusions posées en 2009 par le Dr C._____, en considérant toutefois qu'une nouvelle évaluation psychiatrique plus récente s'imposait ; il n'a pas non plus écarté les avis des Drs F._____ et D._____, constatant simplement qu'ils étaient trop succincts (voir *supra*, let. B.c).

Le Dr H._____, en revanche, a posé comme diagnostics, dans son expertise du 21 janvier 2015, une possible persistante d'agoraphobie, d'intensité moyenne, sans troubles panique (F.40.00), un trouble factice

(production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique ; F 68.1), et un trouble de la personnalité dyssociale (F 60.2) ; s'agissant de ce dernier, il a précisé qu'il ne s'agissait pas d'un trouble psychique, mais social.

12.2 De ces médecins, ceux qui se sont prononcés sur la question de l'incapacité de travail, à savoir les Drs C._____, E._____ et F._____, se sont accordés à dire que l'intéressé présentait une invalidité de 50 % (voire même de 75% selon l'avis du Dr F._____ ; voir *supra*, let. B.b). Selon l'avis du Dr F._____ daté du 10 octobre 2014, cette incapacité était survenue à compter du 26 décembre 2013 et pour une durée indéterminée (voir *supra*, let. B.b).

Le Dr H._____, quant à lui, a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, à compter du mois de juin 2010.

12.3 Comme exposé ci-dessus, le Dr M._____ a, dans son avis médical SMR du 7 octobre 2015, retenu que l'expertise du Dr H._____ était particulièrement fouillée et probante ; il a dès lors considéré que l'intéressée ne présentait aucune pathologie psychiatrique invalidante (voir *supra*, let. B.k).

12.4 La recourante conteste précisément la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 21 janvier 2015 établie par le Dr H._____, en faisant valoir avoir entretenu une relation « chaotique » avec celui-ci ; elle conteste ainsi, en substance, l'impartialité du Dr H._____.

Il s'agit dès lors d'examiner la question de l'existence de circonstances propres à faire naître un doute sur la question de l'impartialité de l'expert (« expert prévenu »). L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de la personne expertisée, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.1). Dans ce contexte, le comportement du médecin pendant l'examen peut éventuellement fournir un tel indice. Il en va ainsi d'allégations qui, dès le départ, de façon plus ou moins ouverte, mettent en doute la crédibilité des dires de l'assurée et de son appréciation personnelle de la capacité de travail, de propos déplacés de nature personnelle, et selon les circonstances, de la manière dont l'examen est mené. L'objectivité de l'évaluation est aussi remise en cause notamment lorsque l'expert juge certains aspects de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de travail en se basant essentiellement sur des critères sans rapport avec la

matière ou qu'il se sert d'un ton offensant. Comme indice supplémentaire pour juger de l'apparence de prévention, on prendra éventuellement en considération le fait que la relation entre l'expert et l'assuré était tendue, quand bien même aucun élément n'incite à conclure à un manque de coopération de la part de la personne expertisée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 1.2.2 ; 9C_1061/2009 du 11 mars 2010 consid. 5.1.1). Finalement, d'après la jurisprudence, le motif de récusation doit être évoqué dès que possible. Il serait en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 120 la 19 consid. 2c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.1).

12.4.1 En l'espèce, force est de constater que l'expertise du Dr H. _____, si elle se révèle certes fouillée, est parsemée d'éléments qui font douter de son impartialité. Le Tribunal relève en effet, dans l'expertise, un nombre important de tournures de phrases mettant d'office en doute la crédibilité des dires de l'intéressée, mais aussi des appréciations personnelles sur sa capacité de travail, voire même à certaines reprises des propos déplacés prenant un ton offensant (par exemple : « *Les explications sur l'issue de la proposition et sur l'arrangement qui a été fait finalement sont strictement incompréhensibles* » et « *En demandent de plus en plus de précisions, j'arrive finalement à savoir que l'assurée empêchait alors N. _____ de travailler (...)* Elle est ennuyée de ne plus avoir de coiffeuse pour femmes, mais elle réussit à se débarrasser de celle qu'elle a... » [Al p. 200] ; « *l'assurée se montre en apparence coopérante et collaborante, mais elle donne très souvent des réponses ou relate spontanément des faits dont la véracité est particulièrement questionnable* » [Al p. 214] ; « *la description de l'attaque de panique est franchement ridicule* » [Al p. 222] ; « *les manifestations de cette maladie (trouble panique) telles que décrites par l'assurée, sont des inventions, construites avec une certaine naïveté* » [Al p. 223] ; ; « *l'histoire de son conflit (...) est ridicule* » [Al p. 229] ; « *Peut-être ses relations se sont-elles dégradées aussi à cause de son besoin de diriger les autres, et peut-être aussi à cause des mensonges omniprésents – personne n'aime être pris pour un sot* » [Al p. 232] ; « *cet argument semble être tiré d'un sketch* » [Al p. 233], etc.)

Toutefois, encore plus que les extraits susmentionnés, c'est la persistance du médecin à vouloir démontrer les prétendues intentions malveillantes de la recourante qui remet fortement en cause son impartialité. Les extraits suivants sont, en ce sens, particulièrement flagrants :

- « *Nous avons à faire, manifestement, (...) dans le meilleur des cas, à une exagération des symptômes visant à obtenir un avantage* » (AI p. 240),
- « *Malgré leur importance par le nombre, ces mensonges ne tiennent pas de la mythomanie, car ils ont deux visées précises : a) obtenir un avantage matériel. Lors du divorce, elle le fait afin d'obtenir des avantages financiers, de pouvoir garder la maison du couple, d'obtenir la garde exclusive de son fils, en ignorant les besoins de celui-ci et ceux de l'ex-mari. Lors de la mise en avant d'une incapacité de travail, afin d'obtenir des prestations de l'assurance perte de gain, puis des prestations de l'assurance-invalidité* » (AI p. 227),
- et surtout : « *On se demande comment l'assurée faisait pour payer ce crédit (qui représentait, entre 2005 et 2008, entre 1'500 et 1'700 francs par mois) avec des recettes aussi maigres que celle qu'elle déclarait, et dans des conditions où son mari ne lui versait pas la pension alimentaire, comme elle l'affirme (...) En analysant ses bilans comptables 2008 – 2011 (probablement destinés au fisc), les différents frais et les différents revenus de son salon, on est étonné de certaines incongruences (...) les bulletins de salaire sont fantaisistes et soulèvent des interrogations (...) les déductions que l'entreprise opère sur le salaire de l'employée pour l'achat de matériel et de produits est tout aussi fantaisiste (...) Ces bulletins de salaire semblent avoir été fabriqués après coup pour le dossier (...) Globalement, il apparaît que l'assurée déclare des revenus plus bas lorsqu'elle veut obtenir une somme plus importante de la part de son mari, mais aussi lorsqu'elle doit payer des impôts sur ses revenus. Par contre, les revenus déclarés sont plus élevés lorsqu'il s'agit de calculer le montant des prestations éventuelles de l'AI* » (AI p. 237, 238, 239).

Dans ces conditions, le Tribunal ne peut que croire l'intéressée lorsqu'elle affirme que sa relation avec le psychiatre était tendue (ce qu'elle a, par ailleurs, implicitement fait valoir dès la procédure d'audition suivant l'établissement de l'expertise, en indiquant notamment à l'autorité inférieure que le médecin lui avait fait savoir que sa demande d'une rente d'invalidité serait compromise, si elle ne se rendait pas dans son cabinet à I. _____, malgré son agoraphobie ; voir *supra*, let. B.h). Ces éléments sont donc, dans leur ensemble, de nature à ébranler sérieusement la crédibilité de l'expertise, de sorte qu'il n'est raisonnablement pas possible d'en suivre les conclusions.

13.

Au regard de l'ensemble de ce qui précède, le Tribunal de céans arrive à la conclusion que l'autorité inférieure ne pouvait se fonder sur l'expertise médicale du Dr H._____ (reprise intégralement par le Dr M._____, médecin SMR, en date du 7 octobre 2015 [voir *supra*, let. B.I]), afin de prendre la décision querellée. L'OAIE aurait au contraire dû constater qu'aucun document ne permettait clairement d'établir avec certitude les atteintes à la santé actuelles de la recourante, ainsi que les limitations fonctionnelles qui pouvaient en découler.

14.

14.1 Il s'ensuit qu'en l'état, le dossier ne permet pas de se prononcer sur l'invalidité de la recourante, de sorte qu'il doit être complété. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure. Dans la mesure où aucun élément figurant au dossier ne s'y oppose (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2 et références citées ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4575/2013 du 3 février 2015 consid. 7.6), une expertise bidisciplinaire (rhumatologique – psychiatrique), ainsi que toutes autres mesures d'instruction jugées utiles, devront être menées en Suisse. Dans le cadre de l'établissement de l'expertise bidisciplinaire, qui devra se conformer aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-avant (voir *supra*, consid. 8.3), la recourante disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210.

Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (voir art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1).

14.2 Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision du 22 octobre 2015 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier si la recourante présente des affections psychiatriques et somatiques invalidantes.

15.

15.1 L'intéressée ayant bénéficié de l'assistance judiciaire totale (voir *supra*, let. C.b), il n'est pas perçu de frais de procédure, étant du reste précisé qu'aucun de ces frais n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

15.2 L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à CHF 2'800.- (frais compris ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF), à charge de l'OAIE.

(dispositif : page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

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

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

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 :