

BVGer C-3411/2020 vom 3. Juni 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3411_2020_d20200603

FR: TAF C-3411/2020 du 3 juin 2020

IT: TAF C-3411/2020 del 3 giugno 2020

Regeste

Droit ` la rente | Assurance-invalidité, rente d'invalidité, deuxième demande de prestations (décision du 3 juin 2020)

Erwägungen

E. 1

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA). De plus, la recourante s'est dûment acquitté de l'avance des frais de procédure (TAF pces 2 à 4). Le Tribunal peut donc entrer en matière sur le fond du recours.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit ainsi du plein pouvoir d'examen.

E. 2.2

Le TAF définit les faits - avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) - et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler/Kayser, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, n. 1.55, p. 29).

E. 2.3

En particulier, le TAF examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1; 140 V 22 consid. 4; notamment : TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2; voir aussi Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°98 p. 67). En l'occurrence, il est constant que conformément à l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.20), il appartenait à l'OAI cantonal d'enregistrer et d'examiner la demande de prestations que l'assurée avait déposée lorsqu'elle exerçait, en tant que frontalière, une activité lucrative dans le canton (...) (cf. questionnaire pour l'employeur du 13 mars 2018; AI pce 42). De plus, c'est à juste titre que l'OAIE a rendu la décision attaquée.

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante portugaise, est actuellement domiciliée en France et a été assurée de nombreuses années en Suisse (notamment : AI pce 114). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine 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 [ci-après : TF] 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), 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).

E. 3.2

Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées en règle générale d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 3 juin 2020 (AI pce 128). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 144 V 210 consid. 4.3.1; 131 V 242 consid. 2.1). La documentation médicale versée en cause, postérieure à la décision attaquée, ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent jusqu'au

moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; 121 V 362 consid. 1b; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

E. 3.3

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). En conséquence, les modifications légales du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI) qui sont entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), postérieurement à la décision attaquée, ne sont pas applicables dans le cas concret (cf. les dispositions transitoires topiques).

E. 4

En l'occurrence est litigieux le point de savoir si l'OAI a rejeté à bon droit la deuxième demande de prestations de l'assurée. Bien que la première demande ait été rejetée par décision du 1er décembre 2014 (AI pce 22), il n'y a pas lieu d'examiner si le taux d'invalidité a subi depuis lors une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA dès lors que le premier refus a été justifié au motif que les conditions d'ouverture du droit à la rente et à des mesures professionnelles n'étaient pas remplies (cf. art. 28 al. 1 LAI [cf. consid. 6.2 ci-après]; TAF C-2804/2017 du 27 mai 2019 consid. 5.2; C-2218/2013 du 16 novembre 2015 consid. 7). En effet, l'OAI cantonal avait remarqué que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte dès le 13 août 2013, qu'une amélioration de son état de santé était survenue et que l'assurée avait retrouvé une capacité de travail entière dès le 17 février 2014 (AI pce 22).

E. 5

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (cf. ci-dessous) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004; ATF 131 V 390). En l'espèce, il est incontesté que la recourante remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente, ayant versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse dès 2007 pendant de nombreuses années (AI pce 114). Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2003 3852; FF 2001 3045), 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. Selon l'art. 6, 1ère phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé, 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. En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

E. 6.2

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). De plus, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit son 18e anniversaire. Selon l'al. 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 6.3

Selon l'art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus selon laquelle le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2; TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

E. 6.4

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. Au regard de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) - aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) - l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme en l'occurrence (cf. consid. 5 ci-dessus) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non médicale (cf. consid. 5.1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler compte tenu de ses limitations (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). La compétence des médecins consiste donc à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de la personne assurée. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2; au niveau psychiatrique : TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1).

E. 7.2

Lorsque la décision contestée a été prise, l'Office AI disposait principalement des nouveaux documents suivants, versés en cause suite au dépôt de la deuxième demande de prestations : - le rapport médical du 25 janvier 2017, établi par la Dresse F. _____ de l'hôpital H. _____, relatif à une consultation de l'assurée pour des céphalées ; la médecin a décrit un status clinique et neurologique « parfaitement dans la norme » (AI pce 49 p. 219 s.), - le rapport médical initial du 3 avril 2017 du Dr G. _____, psychiatre et psychothérapeute, qui observe chez sa patiente un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère, à l'origine d'une incapacité de travail totale dès le 13 février 2017 (AI pce 62 p. 506), - le rapport d'expertise du 26 avril 2017 du Dr I. _____, psychiatre et psychothérapeute, et de Mme J. _____, psychologue, mandatés par C. _____ Assurances ; le spécialiste psychiatre pose comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), actuellement en rémission partielle, une symptomatologie dépressive moyenne, actuellement avec syndrome somatique (F33.11) alors qu'il exclut expressément une somatisation (AI pce 62 p. 485), ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et une accentuation de certains traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, actuellement non décompensés (Z73.1) ; le médecin atteste, de plus, que les arrêts maladies [depuis le 13 février 2017; cf. p. 2 du rapport] sont justifiés, que l'assurée ne présente, auprès du même employeur, aucune capacité de travail jusqu'au 30 juin 2017, puis du 1er au 31 juillet 2017 retrouve une capacité de travail de 50% et dès le 1er août 2017 une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement ; idéalement, une réadaptation professionnelle par l'AI devra avoir lieu dans les meilleurs délais (AI pce 62 p. 470 ss), - le rapport du 19 juin 2017 du Dr G. _____, informant que l'évolution clinique n'est pas favorable et qu'il ne peut pas proposer une reprise de travail (AI pce 62 p. 455) ainsi que le certificat médical du 29 septembre 2017 de ce psychiatre, remarquant que

l'assurée ne peut plus travailler auprès de l'ancien employeur (AI pce 62 p. 416), - le rapport du 29 septembre 2017, établi par la Dresse K. _____, médecin de famille, laquelle informe que l'assurée présente depuis le 18 août 2017 des douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque droite ; une masse au niveau de la paroi abdominale, pouvant être compatible avec un hématome ainsi que deux kystes hépatiques et une lésion millimétrique pancréatique, pouvant être compatible avec une TIPMP (tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas) et nécessitant une surveillance à long terme, ont été détectés (AI pce 62 p. 413), - le rapport du 4 octobre 2017 du Dr L. _____ du département de santé mentale et psychiatrique de l'hôpital H. _____ ; il informe que l'assurée suit depuis le 2 août 2017 un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré au NN. _____ avec des entretiens hebdomadaires ainsi que des modalités groupales de type parole et à méditation corporelle (psychomotricité) pour une durée d'environ deux à trois mois ; il pose comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, actuellement d'épisode sévère sans symptômes psychotiques, en rémission partielle, ainsi qu'une symptomatologie de type panique avec agoraphobie sur des éléments de personnalité dépendante (AI pce 62 p. 412), - le courrier du 10 octobre 2017 ainsi que les rapports des 18 septembre et 31 octobre 2017 des consultations en chirurgie viscérale, signés par la Dresse M. _____, respectivement par le Dr N. _____ ; ces médecins confirment la présence d'une TIPMP du pancréas laquelle est toutefois sans signe de dégénérescence maligne ; ils indiquent aussi un hématome spontané au niveau du muscle grand droit droit qui fin octobre 2017 est en bonne régression ; ils précisent que dans le domaine de la chirurgie viscérale, l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail (AI pce 49 p. 217 s., 223 s. et pce 61 p. 255 ss), - le rapport d'expertise du 11 janvier 2018 du Dr I. _____ lequel maintient les diagnostics posés dans son premier rapport ; en outre, il atteste que les arrêts maladies [depuis le 13 février 2017 ; cf. p. 2 du rapport] sont justifiés, que l'assurée ne présente aucune capacité de travail jusqu'au 28 février 2018, puis retrouve, du 1er mars au 31 mars 2018, une capacité de travail de 50% et dès le 1er avril 2018, une capacité de travail entière, sans diminution de rendement (AI pce 30), - le rapport du 15 janvier 2018, établi par la Dresse O. _____ de l'hôpital H. _____, s'agissant d'une consultation du 12 janvier 2018 pour une bronchite aiguë asthmatiforme (AI pce 49 p. 214 s.), - les rapports des 13 décembre 2017 et 9 mars 2018 du Dr P. _____, neurologue, lequel est consulté en raison de malaises déclenchés par des crises de colère ; il fait état d'une absence d'anomalie épileptique et d'un résultat d'IRM cérébrale normale ; de plus, il informe d'une hospitalisation de l'assurée dès le 13 mars 2018 pour des investigations neurologiques complémentaires (AI pces 41 et 49 p. 216), - les rapports des 19 et 26 mars 2018 du Dr Q. _____ du NN. _____ ; il indique comme diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent sans précision (F33.9) ainsi qu'un probable trouble dissociatif sans précision relatif aux épisodes de perte de connaissance de courte durée (environ 1 minute), occasionnellement avec mouvement des membres supérieurs, et fatigue importante à la reprise de conscience, survenant environ 1 fois par semaine (F44.9) ; comme diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, le médecin indique des difficultés liées aux conditions économiques sans précision (Z.59.9) ; le médecin informe que l'assurée bénéficie d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec des séances mensuelles ainsi qu'en parallèle un suivi infirmier en raison d'environ 1-2 séances par mois et avance qu'un travail psychothérapeutique sur les conflits intrapsychiques serait indiqué mais que la relativement faible capacité d'introspection de l'assuré constituerait un frein ; il décrit par ailleurs, les antécédents médicaux, la médication actuelle et la situation professionnelle et rapporte les

constats médicaux ; enfin, il indique les limitations fonctionnelles - une symptomatologie anxiodépressive, des troubles de la concentration, une intolérance à la frustration, une irritabilité ainsi que des épisodes de pertes de connaissance occasionnelles de courte durée - et atteste une incapacité de travail de 100% dès le 13 février 2017 ; à sa connaissance, l'assurée parvient à accomplir les tâches ménagères avec l'aide des autres membres de sa famille ; de plus, selon lui, le pronostic semble réservé, l'intolérance à la frustration et la fatigabilité faisant obstacle à une réadaptation (AI pces 48 et 62 p. 308), - le rapport du 28 mars 2018 signé par les Drs R._____ et S._____ du service de neurologie de l'hôpital H._____, relatif au séjour sélectif de l'assurée du 13 au 20 mars 2018 pour investiguer les malaises d'origine indéterminée ; les médecins retiennent des syncopes vaso-vagales cardio-inhibitrices et conseillent le port de bas de contention (AI pce 49 p. 227 s.), - le rapport du 18 avril 2018 de la Dresse K._____ qui indique notamment les antécédents médicaux de l'assurée, soit une sleeve gastrique (12 mars 2014), une rhino-conjonctivite allergique, un asthme allergique, une TIPMP du pancréas et de syncopes vaso-vagales cardio-inhibitrices ; comme diagnostic avec incidence sur la capacité de travail, la médecin mentionne un état dépressif (AI pce 49 p. 207 ss), - l'avis médical du 15 mai 2018 du Dr T._____ du SMR qui considère qu'il n'est pas possible de se positionner sur le caractère bénin ou malin de la tumeur pancréatique et conseille de réévaluer la situation médicale ultérieurement et de demander un nouveau rapport médical initial pour connaître l'évolution de l'état psychique (AI pce 54), - la lettre de sortie du 5 octobre 2018, signée des Drs U._____ et V._____, relative au séjour du 27 août au 15 septembre 2018 de l'assurée à l'unité de réadaptation psychosomatique de la Clinique W._____ (AI pce 62 p. 260 ss), ainsi que le rapport du 15 novembre 2018 établi par le Dr X._____, chef de clinique (AI pce 64) ; les Drs U._____ et V._____ informent que l'assurée a été hospitalisée pour un soutien psychologique et un éloignement des facteurs de stress, son état dépressif s'étant péjoré en lien avec des problèmes familiaux et un diagnostic de tumeur pancréatique ; ils exposent les diagnostics, soit un trouble dépressif récurrent ainsi qu'une déficience en folate, des comorbidités, telles en particulier une bradycardie sinusale, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil léger, non appareillé, et une consommation d'alcool à risque, les antécédents dont un tentamen et décrivent les examens entrepris ; le Dr X._____, pour sa part, décrit l'anamnèse ainsi que le status psychiatrique et pose comme diagnostics un trouble dépressif récurrent sans précision (F 33.9) ainsi qu'un probable trouble dissociatif sans précision (F 44.9) ; il observe comme limitations avec répercussion directe sur les activités quotidiennes, une fatigabilité, des troubles de concentration et une sensibilité au stress ; le médecin précise que l'évolution depuis leur prise en charge le 25 avril 2018 a été fluctuante, avec réponse partielle à un changement du traitement médicamenteux, et atteste une incapacité de travail totale et aucune capacité de travail améliorée dans une activité adaptée (AI pce 64), - le rapport du 7 janvier 2019 du Dr Y._____, psychiatre et psychothérapeute traitant de l'assurée, qui pose comme diagnostics un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) ainsi que de phobies sociales (F 40.1) ; il décrit une évolution stationnaire ; comme limitations, il avance une anhédonie, une dépression, une tristesse, une fatigue et une anxiété et comme répercussions de l'atteinte à la santé dans les domaines courants de la vie, une baisse des activités sociales, un retrait social, une absence de loisirs et des difficultés à faire le ménage ; le médecin mentionne également que l'assurée n'a que peu de ressources mobilisables hormis son époux et ses deux enfants ; enfin, il retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 13 décembre 2017 mais une capacité de travail de 20 à 40% dans une activité

adaptée (AI pce 71), - les résultats de l'imagerie médicale des 27 septembre, 15 octobre, 6 novembre et 12 décembre 2018 ainsi que du 21 janvier 2019, signés des Drs Z._____, AA._____ et BB._____ ; les médecins indiquent notamment au niveau abdominal, une absence de signe de cholécystite ou de pancréatite ainsi qu'une lésion bénigne déjà connue sans changement ; concernant le poignet gauche, une tuméfaction sensible au bord ulnaire est décrite, et relativement à la colonne verticale, sont constatées une cervicarthrose modérée aux niveaux C4-C5 et C5-C6, une discarthrose modérée pluriétagée, une lombodiscarthrose débutante au niveau L2-L3 et L5-S1, ainsi qu'une arthrose intrapophysaire postérieure bilatérale au niveau L5-S1 (AI pce 77 p. 578 ss), - le rapport du 31 janvier 2019 du Dr X._____, très similaire à son rapport précédent du 15 novembre 2018 ; le médecin atteste toujours une incapacité de travail pour une fatigabilité, des troubles de la concentration et une sensibilité au stress (AI pce 82 p. 591 ss), - le rapport du 22 février 2019 du Dr CC._____, chirurgien orthopédique et traumatologie, qui mentionne des douleurs lombosacrées, un kyste synovial du poignet au bord cubital gauche ainsi qu'une discarthrose ; son pronostic est réservé, la situation étant extrêmement stationnaire ; comme restrictions fonctionnelles, le médecin indique s'agissant du poignet, le port de charge, et mentionne des douleurs au repos ainsi que dans toutes les activités ; il atteste par ailleurs une incapacité de travail totale depuis le 13 février 2017 et indique encore que l'assurée souhaiterait travailler mais ne s'en sent pas capable et qu'une activité adaptée devrait lui être proposée (AI pce 77), - les nombreux certificats médicaux d'incapacités de travail, allant du 13 février 2017 jusqu'au 1er mars 2019 (AI pce 62 p. 278, 293, 294, 299, 302, 310, 313, 314, 317, 334, 347, 385, 387, 395, 418, 442, 445, 454, 459, 464, 496, 508, 513, 521, 526, 604, 606, 616, 622, 629), - l'avis médical du SMR du 27 mars 2019, signé par le Dr T._____, conseillant de demander une nouvelle expertise psychiatrique (AI pce 78), - le rapport d'expertise du 21 juin 2019 du Dr D._____, psychiatre et psychothérapeute qui retient comme diagnostics un syndrome d'amplification avec recherche de bénéfices secondaires (Z76.5) et des troubles dépressifs récurrents actuellement en rémission complète (F33.4) ainsi que, sans incidence sur la capacité de travail, une dysthymie (probablement une dysthymie résiduelle au précédent épisode dépressif moyen, actuellement en rémission) ; il estime que dès son expertise, la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée est de 100% avec une diminution de rendement de 20% en raison d'un ralentissement et d'une fatigabilité (AI pce 93), - l'avis médical du SMR du 9 juillet 2019, signé du Dr T._____ lequel dit confirmer les conclusions de l'expert et précise, en outre, qu'une activité adaptée doit respecter les limitations fonctionnelles d'épargne de dos (alternance de positions assis-debout, pas d'activité penchée en avant ou en porte-à-faux, pas de rotation répétée du tronc, pas de port de charges de plus de 10 kg) et du poignet gauche (pas de manutention et de manipulation importante avec la main gauche) ; il conclut à une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 20% (AI pce 95).

E. 7.3

Suite au projet de décision du 12 juillet 2019, les nouveaux documents médicaux suivants ont été versés en cause : - la lettre de sortie du 2 août 2019 relatif au séjour du 8 au 22 juillet 2019 de l'assurée à la Clinique W._____ pour un éloignement des facteurs de stress, un soutien psychologique et reconditionnement dans le cadre thérapeutique, établie par les Dresses DD._____ et EE._____ ; ces médecins posent comme diagnostic principal un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotique ; elles énoncent aussi les diagnostics secondaires ainsi que les comorbidités et antécédents

pertinents connus et décrivent les examens entrepris, ainsi qu'une synthèse de l'hospitalisation et de la prise en charge des problèmes ; les médecins remarquent notamment qu'elles n'avaient pas objectivé d'amélioration significative du tableau clinique et qu'il persistait à la fin du séjour une fragilité psycho-émotionnelle avec un sentiment de survie, sans pouvoir se projeter dans le futur (AI pce 104), - le rapport du 20 août 2019, signé du Dr Y._____ qui explique que l'assurée souffre d'une dépression sévère évoluant depuis plusieurs années avec des périodes de légère amélioration, que la symptomatologie dépressive s'est installée de manière chronique, que de nombreux traitements médicamenteux ont été institués sans une réelle efficacité, que l'assurée a été hospitalisée à W._____ du 8 au 22 juillet 2019 et que son état avait entraîné des modifications de la personnalité de manière probablement définitive ; comme limitations fonctionnelles, le psychiatre avance l'anxiété, une dépression, de troubles cognitifs notamment mnésique et de planification (beaucoup d'oubli, difficultés à s'organiser etc.), une aboulie, une fatigabilité et une perte de la motivation, l'assurée se sentant vidée ; il estime que la capacité de travail de l'assurée est actuellement nulle et de 20 à 40% dans un milieu adapté ; le pronostic est selon lui réservé (AI pce 104 p. 727 s.), - l'avis médical du SMR du 18 septembre 2019, signé du Dr T._____ qui estime que les nouveaux documents médicaux n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de s'écarter des conclusions de l'expert (AI pce 106), - le complément au rapport d'expertise psychiatrique du 23 octobre 2019 du Dr D._____ qui confirme les conclusions de son expertise (AI pce 111), - l'avis médical du SMR du 24 octobre 2019, signé du Dr T._____ qui s'en tient aux conclusions précédentes (AI pce 112), - le rapport du 20 septembre 2019 du Dr FF._____, rhumatologue qui informe qu'il a été consulté pour la première fois par l'assurée qui se plaint de douleurs dans tout le corps, de plus en plus sévères ; le médecin fait état de son examen clinique et conclut que l'assurée présente un tableau de douleurs diffuses, évocateur d'une fibromyalgie, qu'il ne constate pas de signes en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ni d'une pathologie spécifique et que tout ceci est associé à un état dépressif qui lui paraît sévère ; il demande un bilan sanguin de base pour rechercher d'autres affections pouvant expliquer ces douleurs diffuses (AI pce 115), - les résultats du 25 septembre 2019 des examens de laboratoire d'GG._____ (AI pce 115 p. 755), - l'avis médical du SMR du 2 avril 2020, signé du Dr T._____ qui note que le Dr FF._____ reprend les plaintes de l'assurée et confirme le diagnostic de fibromyalgie ; par ailleurs, il décrit un examen ostéo-articulaire normal et les résultats du bilan sanguin sont parfaitement normaux ; ces documents confirment l'importance des plaintes sans substrat organiques de l'assurée ; par conséquent, ce médecin s'en tient aux conclusions précédentes (AI pce 119).

E. 7.4

Dans le cadre de la présente procédure de recours, les nouvelles pièces médicales suivantes ont été produites : - le rapport médical du 29 juin 2020 du Dr E._____, médecin de famille, qui fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel grave sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'un changement de personnalité durable après une maladie psychiatrique (F62.1) ; il décrit les symptômes observés au moment de son évaluation ainsi que les limitations fonctionnelles objectives, soit l'asthénie, la fatigue, la somnolence diurne, l'inhibition psychomotrice, le retrait social, les troubles de la concentration, la diminution de la résistance à l'effort physique et mental et la perte globale de l'intérêt ; il précise aussi comment la capacité d'accomplir les tâches de travail en temps opportun est affectée et indique que le traitement psychotrope est complexe et la réponse y relative n'est pas satisfaisante ; enfin, il considère que l'état de santé mentale ne permet pas à

l'assurée de reprendre une activité professionnelle et que des mesures de soutien psychosocial et médical sont nécessaires pour obtenir la rémission du trouble dépressif (TAF pce 1 annexe 24), - l'avis médical du SMR du 5 novembre 2020, signé par le Dr HH._____, médecin généraliste travaillant pour le SMR, qui estime que le nouveau rapport médical n'amène pas de nouvel élément objectif, permettant de réévaluer l'appréciation du cas (TAF pce 6 annexe 2), - la note d'admission du 12 octobre 2020 de la prise en charge hospitalière, établie par la Dresse II._____, ainsi que le rapport de sortie du 5 novembre 2020 des Drs II._____ et JJ._____, relatif au séjour du 12 au 19 octobre 2020 de l'assurée à l'hôpital H._____ ; elle y a été adressée par sa nouvelle psychiatre traitante pour la mettre à l'abri d'idées suicidaires qu'elle avait émises après un séjour au Portugal auprès de ses parents qui s'était mal passé ; l'assurée avait également évoqué une situation financière difficile, le refus de la rente d'invalidité ainsi que le départ prochain de ses enfants ; les médecins retiennent comme diagnostic principal un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptôme psychotique ; l'évolution clinique durant le séjour a été favorable ; les médecins conseillent encore des changements médicamenteux, notamment l'arrêt des médicaments LL._____ et MM._____, et organisent un suivi psychothérapeutique auprès du NN._____ (TAF pce 11 annexes 1 et 2), - l'avis médical du SMR du 6 avril 2021, signé par la Dresse HH._____ qui conclut que l'assurée a présenté en octobre 2020 une aggravation de son état de santé survivant dans un contexte de difficultés familiales et du refus de rente AI, postérieure à la décision AI ; elle maintient l'appréciation précédente (TAF pce 13 annexe 1).

E. 7.5

Dans le dossier se trouvent encore notamment les documents suivants : - une note téléphonique non datée de C._____ Assurances expliquant l'activité de préparatrice de commande que l'assurée accomplissait auprès de son dernier employeur (AI pce 62 p. 417), - la lettre de démission du 29 septembre 2017 de l'assurée (AI pce 62 p. 415) et la déclaration de fin de rapports de service du 16 novembre 2017 (AI pce 23 p. 94), - le rapport d'évaluation du 26 février 2018 de l'intervention précoce ainsi que le rapport de clôture du 4 juin 2018, notant que, compte tenu de la situation (tumeur pancréatique), des mesures d'intervention précoce ne semblaient pas pertinentes (AI pces 37 et 55), - des échanges téléphoniques et courriers des 24 janvier et 14 mai 2018 de C._____ Assurances relatifs au versement des indemnités journalières (AI pces 30 p. 119 s., pce 52), - le questionnaire pour l'employeur du 13 mars 2018, rempli et signé par KK._____ SA, le dernier employeur de l'assurée, lequel informe que celle-ci a résilié le contrat de travail pour motifs de santé ; il joint une description de l'activité individuelle ainsi qu'un extrait du compte salaire de 2015 à 2017 (AI pce 42) ; ultérieurement, sur invitation des 4 décembre 2019 et 29 janvier 2020 de l'OAI cantonal (AI pces 116 et 117), l'employeur indique les salaires mensuelles de l'année 2016 (AI pce 117 p. 760 s.), - l'attestation du 26 février 2018 de C._____ Assurances d'indemnités journalières versées à l'assurée dont la maladie a débuté le 13 février 2017 (AI pce 62 p. 329) ainsi que le courrier du 5 février 2019 de cette assurance, indiquant la fin des prestations au 12 février 2019 et le décompte final d'indemnités journalières (AI pce 82 p. 628), la détermination du degré d'invalidité effectuée les 12 juillet 2019 et 1er avril 2020 par l'OAI cantonal, de respectivement 4,452% (AI pce 96) et 13.76% (AI pce 121).

E. 8.1

L'OAIE a fondé sa décision querellée d'un point de vue médical sur l'avis du SMR ainsi que sur le rapport d'expertise psychiatrique du 21 juin 2019 du Dr D._____, psychiatre et psychothérapeute.

E. 8.2.1

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 son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; Michel Valterio, op. cit., art. 57 n° 33).

E. 8.2.2

Depuis le 30 novembre 2017, toutes les affections psychiques dont les troubles sont en règle générale évaluées dans une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'évaluer l'atteinte et ses conséquences sur la capacité de travail de la personne concernée d'une façon ouverte, sans résultat prédéfini, et compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (cf. affections psychosomatiques : ATF 141 V 281; toutes les affections psychiques : ATF 143 V 418, aussi les troubles dépressifs de degré moyen ou léger : ATF 143 V 409; les syndromes de dépendance : ATF 145 V 215). Cette procédure probatoire structurée permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité de la personne assurée et, d'autre part, les ressources de celle-ci afin de déterminer la gravité fonctionnelle de l'atteinte (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références). Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à travers les indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Le diagnostic, émanant d'un-e spécialiste psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV, forme le point de départ de l'examen (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 2; TF 9C_6189/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1; 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La 1ère catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la 2ème catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 8.2.3

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

E. 8.3

Pour les raisons exposées ci-dessous, le Tribunal constate qu'en l'état du dossier, l'état de santé de l'assurée n'a pas fait état d'un examen remplissant les exigences exposées et que le dossier est lacunaire.

E. 8.4.1

La recourante critique à juste titre le fait que l'OAIE se soit basé essentiellement sur l'expertise psychiatrique du Dr D._____ alors que le dossier faisait également état d'atteintes somatiques et de douleurs et ceci même avant que le diagnostic de fibromyalgie n'ait été posé pour la première fois par le Dr FF._____, dans son rapport rhumatologique du 20 septembre 2019 (AI pce 115 p. 752 s). Ainsi, les Drs U._____ et V._____ ont mentionné la prise en charge des douleurs chroniques de l'assurée lors du séjour du 27 août au 15 septembre 2018 à la Clinique W._____ (AI pce 62 p. 261) et le Dr CC._____, dans le rapport orthopédique du 22 février 2019, a indiqué des douleurs au repos et dans toutes les activités (AI pce 77). Les résultats de l'imagerie médicale des 6 novembre et 12 décembre 2018 ainsi que du 21 janvier 2019, signés du Dr BB._____, ont également été versés en cause (AI pce 77 p. 580 ss). Certes, le Dr D._____ avait connaissance de ces premiers constats médicaux et les a mentionnés dans son rapport d'expertise du 21 juin 2019 (AI pce 93 p. 666 ss). Il a également parlé d'une somatisation des troubles de l'assurée (AI pce 93 p. 685) et observé, s'agissant des limitations fonctionnelles purement somatiques, un décalage évident entre le vécu subjectif de l'assurée et les éléments objectifs, l'assurée ayant pu supporter l'entretien d'une durée de 3h15, sans interruption, sans même manifester le moindre signe de fatigue ou d'épuisement ou encore sans devoir changer de position ou présenter des grimaces algiques (AI pce 93 p. 687). Cela étant, l'examen de l'expert psychiatre n'est pas allé plus loin à ce sujet et en particulier, il n'a pas thématiqué les douleurs lors de la discussion des diagnostics à poser (AI pce 93 p. 682 ss). Or, selon la jurisprudence, l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic constitue un indicateur déterminant pour évaluer le degré de gravité fonctionnel des atteintes psychiques dont les affections psychosomatiques font partie (cf. consid. 8.2.2 ci-dessus). Pour cette raison déjà, le TAF ne saurait en l'état du dossier suivre les conclusions du Dr D._____.

E. 8.4.2

Plus encore, le Tribunal considère qu'il paraît contradictoire d'admettre à la fois l'absence d'un diagnostic psychiatrique avec incidence sur la capacité de travail et d'admettre néanmoins une baisse de rendement de 20%, en raison d'un ralentissement et d'une fatigabilité lié aux symptômes résiduels de la dysthymie, à la sédation induite par les benzodiazépines ainsi qu'au conditionnement au travail (AI pce 93 p. 692). Le Dr D._____ se contredit encore lorsqu'il retient que les troubles de la mémoire et de la

concentration dont se plaint l'assurée n'ont pas une incapacité handicapante, alors qu'il notait quelques pages plus haut que l'intéressée ne pouvait se situer dans le temps et ne parvenait pas à trouver les dates centrales de son parcours (AI pce 93 p. 678 et 681). Le rapport contient encore nombre d'erreurs et imprécisions mises en exergue à juste titre par l'assuré au pages 9 et 10 de son recours, relatives par exemple à son altération de poids, les blessures qu'elles s'est faites suite à des chutes, son parcours professionnel ou sa médication, tous éléments pertinents pour déterminer correctement un diagnostic ou une capacité de travail dans une profession donnée (TAF pce 1). Pour ces raisons encore, le rapport du Dr D. _____ ne saurait convaincre.

E. 8.4.3

Enfin, alors que le Dr D. _____ ne s'est pas prononcé expressément sur la période antérieure à son examen du 19 juin 2019 (AI pce 93 p. 699), le SMR a conclu que la capacité de travail de l'assurée était toujours restée entière (AI pce 95). Or, cette affirmation, qui est exempte de toute motivation, ne trouve non seulement aucune confirmation dans les pièces du dossier, mais encore est contredite notamment par les avis des Dr I. _____ et Y. _____. En effet, le Dr I. _____, mandaté par C. _____ Assurances, a attesté dans son deuxième rapport d'expertise du 11 janvier 2018 une incapacité de travail totale jusqu'au 28 février 2018, puis, du 1er mars au 31 mars 2018, une capacité de travail de 50% (AI pce 30). Pour sa part, le Dr Y. _____, le psychiatre traitant, a avancé, dans ses rapports des 7 janvier et 20 août 2019, une capacité de travail résiduelle de 20% à 40% dans une activité adaptée (AI pces 71 et 104 p. 727 s.).

E. 8.4.4

Compte tenu de ce qui précède, le rapport du Dr D. _____ ne peut se voir octroyer une quelconque valeur probante. Dès lors, le TAF ne saurait confirmer en l'état du dossier les conclusions du SMR et de l'OAIE qui se basent sur le dit rapport s'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assurée et de son évolution dans le temps.

E. 8.5

En conclusion, le TAF ne peut pas se prononcer en l'état du dossier sur le taux d'invalidité de l'assurée et sur son droit à une rente, ceux-ci dépendant de sa capacité de travail résiduelle qu'il reste à fixer selon le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. Le dossier devant être renvoyé à l'OAIE pour instruction complémentaire (cf. consid. 10 ci-dessous), il n'y a pas lieu de se prononcer sur les autres griefs soulevés par la recourante.

E. 9

juillet 2019 (AI pce 95) et le 12 juillet 2019, l'OAI cantonal a calculé le degré d'invalidité, s'élevant à 4% (AI pce 96). Par projet de décision du 12 juillet 2019 (AI pce 98), l'OAI cantonal a indiqué à l'assurée qu'il pensait rejeter sa demande de rente d'invalidité et de reclassement professionnel, le degré d'invalidité étant insuffisant. L'assurée s'y est opposée le 11 septembre 2019 en invoquant tant des griefs portant sur le volet médical que sur le volet économique (AI pce 105). Elle a aussi produit de nouveaux documents médicaux (AI pces 105 et 115). L'OAI cantonal a poursuivi l'instruction. Il a posé des questions complémentaires au Dr D. _____ (lettres des 19 et 24 septembre 2019 [AI pces 107 et 108]; complément d'expertise du 23 octobre 2019 [AI pce 111]) et a invité le SMR à prendre position (cf. avis médicaux des 24 octobre 2019 et 2 avril 2020; AI pces 112 et 119). Après avoir pris, de surcroît, des renseignements auprès de l'ancien employeur de l'assurée (cf. courriers du 4 décembre 2019 et des 29 janvier et 3 février 2020; AI pces 113,

116 et 117 p. 759 s.), il a déterminé le 1er avril 2020 un taux d'invalidité de 14% (AI pce 121). Par décision du 3 juin 2020, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a rejeté la demande de prestations de l'assurée (AI pce 128). Il a explicité que l'expert médical ainsi que le SMR avaient maintenu leurs conclusions et que le taux d'invalidité, déterminé d'après les nouveaux renseignements salariaux, ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. C. Le 3 juillet 2020, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal; TAF

C-3411/2020 Page 4 pce 1). Sous suite de frais et dépens, elle a conclu à titre préalable, à la mise en place d'une expertise judiciaire afin de déterminer sa capacité de travail raisonnablement exigible. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er juin 2018 et subsidiairement, au renvoi de la cause pour réaliser une expertise. En substance, la recourante a contesté les avis du SMR et de l'expert psychiatre dont les conclusions étaient selon elle contredites par les éléments au dossier et a soutenu que le dossier médical était lacunaire sur le plan somatique notamment. Elle a par ailleurs versé en cause le rapport du 29 juin 2020 du Dr E._____, médecin généraliste, qui remplirait, à son avis, les prérequis de la jurisprudence et devrait se voir reconnaître pleine valeur probante (TAF pce 1 annexe 24). La recourante a également critiqué la détermination des revenus avec et sans invalidité effectuée par l'OAIE. Par réponse du 10 novembre 2020, l'OAIE, se fondant sur l'avis médical du 5 novembre 2020 du SMR et la prise de position du 9 novembre 2020 de l'OAI cantonal, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6 et annexes). Par réplique du 12 février 2021 (TAF pce 11), duplique du 8 avril 2021 (TAF pce 13), triplique du 18 mai 2021 (TAF pce 15) et quadruplique du 28 juin 2021 (TAF pce 17), les parties ont pour l'essentiel maintenu leurs positions. L'OAIE pour sa part, s'est fondé sur l'avis médical du 6 avril 2021 du SMR et les prises de position des 6 avril et 21 juin 2021 de l'OAI cantonal (TAF pces 13 et 17 annexes). Malgré l'invitation du Tribunal (ordonnance du 8 juillet 2021 et suivi des envoi; TAF pces 18 et 19), la recourante n'a pas déposé de prise de position. Droit : 1. Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile

C-3411/2020 Page 5 (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA). De plus, la recourante s'est dûment acquitté de l'avance des frais de procédure (TAF pces 2 à 4). Le Tribunal peut donc entrer en matière sur le fond du recours. 2. 2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit ainsi du plein pouvoir d'examen. 2.2 Le TAF définit les faits – avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) – et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF

2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/ KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, n. 1.55, p. 29). 2.3 En particulier, le TAF examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1; 140 V 22 consid. 4; notamment : TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2; voir aussi JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°98 p. 67). En l'occurrence, il est constant que conformément à l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.20), il appartenait à l'OAI cantonal d'enregistrer et d'examiner la demande de prestations que l'assurée avait déposée lorsqu'elle exerçait, en tant que frontalière, une

C-3411/2020 Page 6 activité lucrative dans le canton (...) (cf. questionnaire pour l'employeur du

E. 10.1

Il n'est pas perçu de frais de procédure. La recourante a obtenu gain de cause suite à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier pour complément d'instructions et nouvelle décision (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1; 132 V 215 consid. 6.2; cf. art. 63 al. 1 PA). Par conséquent, l'avance de frais versée de 800 francs (TAF pce 2 à 4) sera restituée à la recourante dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas participer aux frais (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 10.2

Les art. 64 PA et 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) 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, tels les frais de représentation (cf. art. 8 ss FITAF). En l'occurrence, l'avocat n'a pas fait parvenir au Tribunal un décompte de ses prestations (cf. art. 14 al. 1 FITAF). Ses frais sont donc fixés, selon l'appréciation du Tribunal, 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. Ainsi, il se justifie d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs à charge de l'OAIE (cf. art. 64 al. 2 PA; art. 9 al. 1 et 10 al. 2 FITAF). Le dispositif se trouve à la page suivante.

E. 13

mars 2018; AI pce 42). De plus, c'est à juste titre que l'OAIE a rendu la décision attaquée. 3. 3.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante portugaise, est actuellement domiciliée en France et a été assurée de nombreuses années en Suisse (notamment : AI pce 114). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des

dispositions de l'accord 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine 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 [ci-après : TF] 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), 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 Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées en règle générale d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 3 juin 2020 (AI pce 128). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent

C-3411/2020 Page 7 normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 144 V 210 consid. 4.3.1; 131 V 242 consid. 2.1). La documentation médicale versée en cause, postérieure à la décision attaquée, ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; 121 V 362 consid. 1b; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). 3.3 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). En conséquence, les modifications légales du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI) qui sont entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), postérieurement à la décision attaquée, ne sont pas applicables dans le cas concret (cf. les dispositions transitoires topiques). 4. En l'occurrence est litigieux le point de savoir si l'OAIE a rejeté à bon droit la deuxième demande de prestations de l'assurée. Bien que la première demande ait été rejetée par décision du 1er décembre 2014 (AI pce 22), il n'y a pas lieu d'examiner si le taux d'invalidité a subi depuis lors une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA dès lors que le premier refus a été justifié au motif que les conditions d'ouverture du droit à la rente et à des mesures professionnelles n'étaient pas remplies (cf. art. 28 al. 1 LAI [cf. consid. 6.2 ci-après]; TAF C-2804/2017 du 27 mai 2019 consid. 5.2; C-2218/2013 du 16 novembre 2015 consid. 7). En effet, l'OAI cantonal avait remarqué que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte dès le 13 août 2013, qu'une amélioration de son état de santé

était survenue et que l'assurée avait retrouvé une capacité de travail entière dès le 17 février 2014 (AI pce 22). 5. Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (cf. ci-dessous) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins

C-3411/2020 Page 8 de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004; ATF 131 V 390). En l'espèce, il est incontesté que la recourante remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente, ayant versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse dès 2007 pendant de nombreuses années (AI pce 114). Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la LAI. 6. 6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2003 3852; FF 2001 3045), 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. Selon l'art. 6, 1ère phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé, 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. En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA). 6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

C-3411/2020 Page 9 raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). De plus, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit son 18e anniversaire. Selon l'al. 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 6.3 Selon l'art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus selon laquelle le revenu que la personne assurée

aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2; TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

6.4 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. Au regard de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGa) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

C-3411/2020 Page 10 7. 7.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa mais aussi art. 12 PA) – aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) – l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'occurrence (cf. consid. 5 ci-dessus) – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non médicale (cf. consid. 5.1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler compte tenu de ses limitations (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). La compétence des médecins consiste donc à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de la personne assurée. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2; au niveau psychiatrique : TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1).

7.2 Lorsque la décision contestée a été prise, l'Office AI disposait principalement des nouveaux documents suivants, versés en cause suite au dépôt de la deuxième demande de prestations : – le rapport médical du 25 janvier 2017, établi par la Dresse F. _____ de l'hôpital H. _____, relatif à une consultation de l'assurée pour des céphalées ; la médecin a décrit un status clinique et neurologique « parfaitement dans la norme » (AI pce 49 p. 219 s.), – le rapport médical initial du 3 avril 2017 du Dr G. _____, psychiatre et psychothérapeute, qui observe chez sa patiente un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère, à l'origine d'une incapacité de travail totale dès le 13 février 2017 (AI pce 62 p. 506),

C-3411/2020 Page 11 – le rapport d’expertise du 26 avril 2017 du Dr I. _____, psychiatre et psychothérapeute, et de Mme J. _____, psychologue, mandatés par C. _____ Assurances ; le spécialiste psychiatre pose comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), actuellement en rémission partielle, une symptomatologie dépressive moyenne, actuellement avec syndrome somatique (F33.11) alors qu’il exclut expressément une somatisation (AI pce 62 p. 485), ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, des difficultés liées à l’emploi et au chômage (Z56) et une accentuation de certains traits de la personnalité émotionnellement labile et dépendante, actuellement non décompensés (Z73.1) ; le médecin atteste, de plus, que les arrêts maladies [depuis le 13 février 2017; cf. p. 2 du rapport] sont justifiés, que l’assurée ne présente, auprès du même employeur, aucune capacité de travail jusqu’au 30 juin 2017, puis du 1er au 31 juillet 2017 retrouve une capacité de travail de 50% et dès le 1er août 2017 une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement ; idéalement, une réadaptation professionnelle par l’AI devra avoir lieu dans les meilleurs délais (AI pce 62 p. 470 ss), – le rapport du 19 juin 2017 du Dr G. _____, informant que l’évolution clinique n’est pas favorable et qu’il ne peut pas proposer une reprise de travail (AI pce 62 p. 455) ainsi que le certificat médical du 29 septembre 2017 de ce psychiatre, remarquant que l’assurée ne peut plus travailler auprès de l’ancien employeur (AI pce 62 p. 416), – le rapport du 29 septembre 2017, établi par la Dresse K. _____, médecin de famille, laquelle informe que l’assurée présente depuis le

E. 18

août 2017 des douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque droite ; une masse au niveau de la paroi abdominale, pouvant être compatible avec un hématome ainsi que deux kystes hépatiques et une lésion millimétrique pancréatique, pouvant être compatible avec une TIPMP (tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas) et nécessitant une surveillance à long terme, ont été détectés (AI pce 62 p. 413), – le rapport du 4 octobre 2017 du Dr L. _____ du département de santé mentale et psychiatrique de l’hôpital H. _____ ; il informe que l’assurée suit depuis le 2 août 2017 un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré au NN. _____ avec des entretiens hebdomadaires ainsi que des modalités groupales de type parole et à méditation corporelle (psychomotricité) pour une durée d’environ deux

C-3411/2020 Page 12 à trois mois ; il pose comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, actuellement d’épisode sévère sans symptômes psychotiques, en rémission partielle, ainsi qu’une symptomatologie de type panique avec agoraphobie sur des éléments de personnalité dépendante (AI pce 62 p. 412), – le courrier du 10 octobre 2017 ainsi que les rapports des 18 septembre et 31 octobre 2017 des consultations en chirurgie viscérale, signés par la Dresse M. _____, respectivement par le Dr N. _____ ; ces médecins confirment la présence d’une TIPMP du pancréas laquelle est toutefois sans signe de dégénérescence maligne ; ils indiquent aussi un hématome spontané au niveau du muscle grand droit droit qui fin octobre 2017 est en bonne régression ; ils précisent que dans le domaine de la chirurgie viscérale, l’assurée ne présente pas d’incapacité de travail (AI pce 49 p. 217 s., 223 s. et pce 61 p. 255 ss), – le rapport d’expertise du 11 janvier 2018 du Dr I. _____ lequel maintient les diagnostics posés dans son premier rapport ; en outre, il atteste que les arrêts maladies [depuis le 13 février 2017; cf. p. 2 du rapport] sont justifiés, que l’assurée ne présente aucune capacité de travail jusqu’au 28 février 2018, puis retrouve, du 1er mars au 31 mars 2018, une capacité de travail de 50% et dès le 1er avril 2018, une

capacité de travail entière, sans diminution de rendement (AI pce 30), – le rapport du 15 janvier 2018, établi par la Dresse O._____ de l'hôpital H._____, s'agissant d'une consultation du 12 janvier 2018 pour une bronchite aiguë asthmatiforme (AI pce 49 p. 214 s.), – les rapports des 13 décembre 2017 et 9 mars 2018 du Dr P._____, neurologue, lequel est consulté en raison de malaises déclenchés par des crises de colère ; il fait état d'une absence d'anomalie épileptique et d'un résultat d'IRM cérébrale normale ; de plus, il informe d'une hospitalisation de l'assurée dès le 13 mars 2018 pour des investigations neurologiques complémentaires (AI pces 41 et 49 p. 216), – les rapports des 19 et 26 mars 2018 du Dr Q._____ du NN._____ ; il indique comme diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent sans précision (F33.9) ainsi qu'un probable trouble dissociatif sans précision relatif aux épisodes de perte de connaissance de courte durée (environ 1 minute), occasionnellement avec mouvement des membres supérieurs, et

C-3411/2020 Page 13 fatigue importante à la reprise de conscience, survenant environ 1 fois par semaine (F44.9) ; comme diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, le médecin indique des difficultés liées aux conditions économiques sans précision (Z.59.9) ; le médecin informe que l'assurée bénéficie d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec des séances mensuelles ainsi qu'en parallèle un suivi infirmier en raison d'environ 1-2 séances par mois et avance qu'un travail psychothérapeutique sur les conflits intrapsychiques serait indiqué mais que la relativement faible capacité d'introspection de l'assuré constituerait un frein ; il décrit par ailleurs, les antécédents médicaux, la médication actuelle et la situation professionnelle et rapporte les constats médicaux ; enfin, il indique les limitations fonctionnelles – une symptomatologie anxiodépressive, des troubles de la concentration, une intolérance à la frustration, une irritabilité ainsi que des épisodes de pertes de connaissance occasionnelles de courte durée – et atteste une incapacité de travail de 100% dès le 13 février 2017 ; à sa connaissance, l'assurée parvient à accomplir les tâches ménagères avec l'aide des autres membres de sa famille ; de plus, selon lui, le pronostic semble réservé, l'intolérance à la frustration et la fatigabilité faisant obstacle à une réadaptation (AI pces 48 et 62 p. 308), – le rapport du 28 mars 2018 signé par les Drs R._____ et S._____ du service de neurologie de l'hôpital H._____, relatif au séjour sélectif de l'assurée du 13 au 20 mars 2018 pour investiguer les malaises d'origine indéterminée ; les médecins retiennent des syncopes vaso-vagales cardio-inhibitrices et conseillent le port de bas de contention (AI pce 49 p. 227 s.), – le rapport du 18 avril 2018 de la Dresse K._____ qui indique notamment les antécédents médicaux de l'assurée, soit une sleeve gastrique (12 mars 2014), une rhino-conjonctivite allergique, un asthme allergique, une TIPMP du pancréas et de syncopes vaso- vagales cardio-inhibitrices ; comme diagnostic avec incidence sur la capacité de travail, la médecin mentionne un état dépressif (AI pce 49 p. 207 ss), – l'avis médical du 15 mai 2018 du Dr T._____ du SMR qui considère qu'il n'est pas possible de se positionner sur le caractère bénin ou malin de la tumeur pancréatique et conseille de réévaluer la situation médicale ultérieurement et de demander un nouveau rapport médical initial pour connaître l'évolution de l'état psychique (AI pce 54),

C-3411/2020 Page 14 – la lettre de sortie du 5 octobre 2018, signée des Drs U._____ et V._____, relative au séjour du 27 août au 15 septembre 2018 de l'assurée à l'unité de réadaptation psychosomatique de la Clinique W._____ (AI pce 62 p. 260 ss), ainsi que le rapport du 15 novembre 2018 établi par le Dr X._____, chef de clinique (AI pce 64) ; les

Drs U. _____ et V. _____ informent que l'assurée a été hospitalisée pour un soutien psychologique et un éloignement des facteurs de stress, son état dépressif s'étant péjoré en lien avec des problèmes familiaux et un diagnostic de tumeur pancréatique ; ils exposent les diagnostics, soit un trouble dépressif récurrent ainsi qu'une déficience en folate, des comorbidités, telles en particulier une bradycardie sinusale, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil léger, non appareillé, et une consommation d'alcool à risque, les antécédents dont un tentamen et décrivent les examens entrepris ; le Dr X. _____, pour sa part, décrit l'anamnèse ainsi que le status psychiatrique et pose comme diagnostics un trouble dépressif récurrent sans précision (F 33.9) ainsi qu'un probable trouble dissociatif sans précision (F 44.9) ; il observe comme limitations avec répercussion directe sur les activités quotidiennes, une fatigabilité, des troubles de concentration et une sensibilité au stress ; le médecin précise que l'évolution depuis leur prise en charge le 25 avril 2018 a été fluctuante, avec réponse partielle à un changement du traitement médicamenteux, et atteste une incapacité de travail totale et aucune capacité de travail améliorée dans une activité adaptée (AI pce 64), – le rapport du 7 janvier 2019 du Dr Y. _____, psychiatre et psychothérapeute traitant de l'assurée, qui pose comme diagnostics un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) ainsi que de phobies sociales (F 40.1) ; il décrit une évolution stationnaire ; comme limitations, il avance une anhédonie, une dépression, une tristesse, une fatigue et une anxiété et comme répercussions de l'atteinte à la santé dans les domaines courants de la vie, une baisse des activités sociales, un retrait social, une absence de loisirs et des difficultés à faire le ménage ; le médecin mentionne également que l'assurée n'a que peu de ressources mobilisables hormis son époux et ses deux enfants ; enfin, il retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 13 décembre 2017 mais une capacité de travail de 20 à 40% dans une activité adaptée (AI pce 71), – les résultats de l'imagerie médicale des 27 septembre, 15 octobre, 6 novembre et 12 décembre 2018 ainsi que du 21 janvier 2019, signés des Drs Z. _____, AA. _____ et BB. _____ ; les médecins

C-3411/2020 Page 15 indiquent notamment au niveau abdominal, une absence de signe de cholécystite ou de pancréatite ainsi qu'une lésion bénigne déjà connue sans changement ; concernant le poignet gauche, une tuméfaction sensible au bord ulnaire est décrite, et relativement à la colonne verticulaire, sont constatées une cervicarthrose modérée aux niveaux C4- C5 et C5-C6, une discarthrose modérée pluriétagée, une lombodiscarthrose débutante au niveau L2-L3 et L5-S1, ainsi qu'une arthrose intrapophysaire postérieure bilatérale au niveau L5-S1 (AI pce 77 p. 578 ss), – le rapport du 31 janvier 2019 du Dr X. _____, très similaire à son rapport précédent du 15 novembre 2018 ; le médecin atteste toujours une incapacité de travail pour une fatigabilité, des troubles de la concentration et une sensibilité au stress (AI pce 82 p. 591 ss), – le rapport du 22 février 2019 du Dr CC. _____, chirurgien orthopédique et traumatologie, qui mentionne des douleurs lombosacrées, un kyste synovial du poignet au bord cubital gauche ainsi qu'une discarthrose ; son pronostic est réservé, la situation étant extrêmement stationnaire ; comme restrictions fonctionnelles, le médecin indique s'agissant du poignet, le port de charge, et mentionne des douleurs au repos ainsi que dans toutes les activités ; il atteste par ailleurs une incapacité de travail totale depuis le 13 février 2017 et indique encore que l'assurée souhaiterait travailler mais ne s'en sent pas capable et qu'une activité adaptée devrait lui être proposée (AI pce 77), – les nombreux certificats médicaux d'incapacités de travail, allant du 13 février 2017 jusqu'au 1er mars 2019 (AI pce 62 p. 278, 293, 294, 299, 302, 310, 313, 314, 317, 334, 347, 385, 387, 395, 418, 442, 445, 454, 459, 464, 496, 508, 513, 521, 526, 604, 606, 616, 622, 629), –

l'avis médical du SMR du 27 mars 2019, signé par le Dr T._____, conseillant de demander une nouvelle expertise psychiatrique (AI pce 78), – le rapport d'expertise du 21 juin 2019 du Dr D._____, psychiatre et psychothérapeute qui retient comme diagnostics un syndrome d'amplification avec recherche de bénéfices secondaires (Z76.5) et des troubles dépressifs récurrents actuellement en rémission complète (F33.4) ainsi que, sans incidence sur la capacité de travail, une dysthymie (probablement une dysthymie résiduelle au précédent

C-3411/2020 Page 16 épisode dépressif moyen, actuellement en rémission) ; il estime que dès son expertise, la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée est de 100% avec une diminution de rendement de 20% en raison d'un ralentissement et d'une fatigabilité (AI pce 93), – l'avis médical du SMR du 9 juillet 2019, signé du Dr T._____ lequel dit confirmer les conclusions de l'expert et précise, en outre, qu'une activité adaptée doit respecter les limitations fonctionnelles d'épargne de dos (alternance de positions assis-debout, pas d'activité penchée en avant ou en porte-à-faux, pas de rotation répétée du tronc, pas de port de charges de plus de 10 kg) et du poignet gauche (pas de manutention et de manipulation importante avec la main gauche) ; il conclut à une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 20% (AI pce 95). 7.3 Suite au projet de décision du 12 juillet 2019, les nouveaux documents médicaux suivants ont été versés en cause : – la lettre de sortie du 2 août 2019 relatif au séjour du 8 au 22 juillet 2019 de l'assurée à la Clinique W._____ pour un éloignement des facteurs de stress, un soutien psychologique et reconditionnement dans le cadre thérapeutique, établie par les Dresses DD._____ et EE._____ ; ces médecins posent comme diagnostic principal un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotique ; elles énoncent aussi les diagnostics secondaires ainsi que les comorbidités et antécédents pertinents connus et décrivent les examens entrepris, ainsi qu'une synthèse de l'hospitalisation et de la prise en charge des problèmes ; les médecins remarquent notamment qu'elles n'avaient pas objectivé d'amélioration significative du tableau clinique et qu'il persistait à la fin du séjour une fragilité psycho-émotionnelle avec un sentiment de survie, sans pouvoir se projeter dans le futur (AI pce 104), – le rapport du 20 août 2019, signé du Dr Y._____ qui explique que l'assurée souffre d'une dépression sévère évoluant depuis plusieurs années avec des périodes de légère amélioration, que la symptomatologie dépressive s'est installée de manière chronique, que de nombreux traitements médicamenteux ont été institués sans une réelle efficacité, que l'assurée a été hospitalisée à W._____ du 8 au

E. 22

juillet 2019 et que son état avait entraîné des modifications de la personnalité de manière probablement définitive ; comme limitations

C-3411/2020 Page 17 fonctionnelles, le psychiatre avance l'anxiété, une dépression, de troubles cognitifs notamment mnésique et de planification (beaucoup d'oubli, difficultés à s'organiser etc.), une aboulie, une fatigabilité et une perte de la motivation, l'assurée se sentant vidée ; il estime que la capacité de travail de l'assurée est actuellement nulle et de 20 à 40% dans un milieu adapté ; le pronostic est selon lui réservé (AI pce 104 p. 727 s.), – l'avis médical du SMR du 18 septembre 2019, signé du Dr T._____ qui estime que les nouveaux documents médicaux n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de s'écarter des conclusions de l'expert (AI pce 106), – le complément au rapport d'expertise psychiatrique du 23 octobre 2019 du Dr D._____ qui confirme les conclusions de son expertise (AI pce 111), – l'avis médical du SMR du 24 octobre 2019,

signé du Dr T. _____ qui s'en tient aux conclusions précédentes (AI pce 112), – le rapport du 20 septembre 2019 du Dr FF. _____, rhumatologue qui informe qu'il a été consulté pour la première fois par l'assurée qui se plaint de douleurs dans tout le corps, de plus en plus sévères ; le médecin fait état de son examen clinique et conclut que l'assurée présente un tableau de douleurs diffuses, évocateur d'une fibromyalgie, qu'il ne constate pas de signes en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ni d'une pathologie spécifique et que tout ceci est associé à un état dépressif qui lui paraît sévère ; il demande un bilan sanguin de base pour rechercher d'autres affections pouvant expliquer ces douleurs diffuses (AI pce 115), – les résultats du 25 septembre 2019 des examens de laboratoire d'GG. _____ (AI pce 115 p. 755), – l'avis médical du SMR du 2 avril 2020, signé du Dr T. _____ qui note que le Dr FF. _____ reprend les plaintes de l'assurée et confirme le diagnostic de fibromyalgie ; par ailleurs, il décrit un examen ostéo- articulaire normal et les résultats du bilan sanguin sont parfaitement normaux ; ces documents confirment l'importance des plaintes sans substrat organiques de l'assurée ; par conséquent, ce médecin s'en tient aux conclusions précédentes (AI pce 119).

C-3411/2020 Page 18 7.4 Dans le cadre de la présente procédure de recours, les nouvelles pièces médicales suivantes ont été produites : – le rapport médical du 29 juin 2020 du Dr E. _____, médecin de famille, qui fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel grave sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'un changement de personnalité durable après une maladie psychiatrique (F62.1) ; il décrit les symptômes observés au moment de son évaluation ainsi que les limitations fonctionnelles objectives, soit l'asthénie, la fatigue, la somnolence diurne, l'inhibition psychomotrice, le retrait social, les troubles de la concentration, la diminution de la résistance à l'effort physique et mental et la perte globale de l'intérêt ; il précise aussi comment la capacité d'accomplir les tâches de travail en temps opportun est affectée et indique que le traitement psychotrope est complexe et la réponse y relative n'est pas satisfaisante ; enfin, il considère que l'état de santé mentale ne permet pas à l'assurée de reprendre une activité professionnelle et que des mesures de soutien psychosocial et médical sont nécessaires pour obtenir la rémission du trouble dépressif (TAF pce 1 annexe 24), – l'avis médical du SMR du 5 novembre 2020, signé par le Dr HH. _____, médecin généraliste travaillant pour le SMR, qui estime que le nouveau rapport médical n'amène pas de nouvel élément objectif, permettant de réévaluer l'appréciation du cas (TAF pce 6 annexe 2), – la note d'admission du 12 octobre 2020 de la prise en charge hospitalière, établie par la Dresse II. _____, ainsi que le rapport de sortie du 5 novembre 2020 des Drs II. _____ et JJ. _____, relatif au séjour du 12 au 19 octobre 2020 de l'assurée à l'hôpital H. _____ ; elle y a été adressée par sa nouvelle psychiatre traitante pour la mettre à l'abri d'idées suicidaires qu'elle avait émises après un séjour au Portugal auprès de ses parents qui s'était mal passé ; l'assurée avait également évoqué une situation financière difficile, le refus de la rente d'invalidité ainsi que le départ prochain de ses enfants ; les médecins retiennent comme diagnostic principal un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptôme psychotique ; l'évolution clinique durant le séjour a été favorable ; les médecins conseillent encore des changements médicamenteux, notamment l'arrêt des médicaments LL. _____ et MM. _____, et organisent un suivi psychothérapeutique auprès du NN. _____ (TAF pce 11 annexes 1 et 2),

C-3411/2020 Page 19 – l'avis médical du SMR du 6 avril 2021, signé par la Dresse HH. _____ qui conclut que l'assurée a présenté en octobre 2020 une aggravation de son

état de santé survivant dans un contexte de difficultés familiales et du refus de rente AI, postérieure à la décision AI ; elle maintient l'appréciation précédente (TAF pce 13 annexe 1). 7.5 Dans le dossier se trouvent encore notamment les documents suivants : – une note téléphonique non datée de C. _____ Assurances expliquant l'activité de préparatrice de commande que l'assurée accomplissait auprès de son dernier employeur (AI pce 62 p. 417), – la lettre de démission du 29 septembre 2017 de l'assurée (AI pce 62 p. 415) et la déclaration de fin de rapports de service du 16 novembre 2017 (AI pce 23 p. 94), – le rapport d'évaluation du 26 février 2018 de l'intervention précoce ainsi que le rapport de clôture du 4 juin 2018, notant que, compte tenu de la situation (tumeur pancréatique), des mesures d'intervention précoce ne semblaient pas pertinentes (AI pces 37 et 55), – des échanges téléphoniques et courriers des 24 janvier et 14 mai 2018 de C. _____ Assurances relatifs au versement des indemnités journalières (AI pces 30 p. 119 s., pce 52), – le questionnaire pour l'employeur du 13 mars 2018, rempli et signé par KK. _____ SA, le dernier employeur de l'assurée, lequel informe que celle-ci a résilié le contrat de travail pour motifs de santé ; il joint une description de l'activité individuelle ainsi qu'un extrait du compte salaire de 2015 à 2017 (AI pce 42) ; ultérieurement, sur invitation des 4 décembre 2019 et 29 janvier 2020 de l'OAI cantonal (AI pces 116 et 117), l'employeur indique les salaires mensuelles de l'année 2016 (AI pce 117 p. 760 s.), – l'attestation du 26 février 2018 de C. _____ Assurances d'indemnités journalières versées à l'assurée dont la maladie a débuté le 13 février 2017 (AI pce 62 p. 329) ainsi que le courrier du 5 février 2019 de cette assurance, indiquant la fin des prestations au 12 février 2019 et le décompte final d'indemnités journalières (AI pce 82 p. 628),

C-3411/2020 Page 20 la détermination du degré d'invalidité effectuée les 12 juillet 2019 et 1er avril 2020 par l'OAI cantonal, de respectivement 4,452% (AI pce 96) et 13.76% (AI pce 121). 8. 8.1 L'OAIE a fondé sa décision querellée d'un point de vue médical sur l'avis du SMR ainsi que sur le rapport d'expertise psychiatrique du 21 juin 2019 du Dr D. _____, psychiatre et psychothérapeute. 8.2 8.2.1 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 son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 33). 8.2.2 Depuis le 30 novembre 2017, toutes les affections psychiques dont les troubles sont en règle générale évaluées dans une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'évaluer l'atteinte et ses conséquences sur la capacité de travail de la personne concernée d'une façon ouverte, sans résultat prédéfini, et compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (cf. affections psychosomatiques : ATF 141 V 281; toutes les affections psychiques : ATF 143 V 418, aussi les troubles dépressifs de degré moyen ou léger : ATF 143 V 409; les syndromes de dépendance : ATF 145 V 215). Cette procédure probatoire structurée permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité de la personne

assurée et, d'autre part, les ressources de celle-ci afin de déterminer la gravité fonctionnelle de l'atteinte (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et

C-3411/2020 Page 21 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références). Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à travers les indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Le diagnostic, émanant d'un-e spécialiste psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV, forme le point de départ de l'examen (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 2; TF 9C_6189/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1; 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La 1ère catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la 2ème catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). 8.2.3 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3). 8.3 Pour les raisons exposées ci-dessous, le Tribunal constate qu'en l'état du dossier, l'état de santé de l'assurée n'a pas fait état d'un examen remplissant les exigences exposées et que le dossier est lacunaire.

C-3411/2020 Page 22 8.4 8.4.1 La recourante critique à juste titre le fait que l'OAIE se soit basé essentiellement sur l'expertise psychiatrique du Dr D._____ alors que le dossier faisait également état d'atteintes somatiques et de douleurs et ceci même avant que le diagnostic de fibromyalgie n'ait été posé pour la première fois par le Dr FF._____, dans son rapport rhumatologique du 20 septembre 2019 (AI pce 115 p. 752 s). Ainsi, les Drs U._____ et V._____ ont mentionné la prise en charge des douleurs chroniques de l'assurée lors du séjour du 27 août au 15 septembre 2018 à la Clinique W._____ (AI pce 62 p. 261) et le Dr CC._____, dans le rapport orthopédique du 22 février 2019, a indiqué des douleurs au repos et dans toutes les activités (AI pce 77). Les résultats de l'imagerie médicale des 6 novembre et 12 décembre 2018 ainsi que du 21 janvier 2019, signés du Dr BB._____, ont également été versés en cause (AI pce 77 p. 580 ss). Certes, le Dr D._____ avait connaissance de ces premiers constats médicaux et les a mentionnés dans son rapport d'expertise du 21 juin 2019 (AI pce 93 p. 666 ss). Il a également parlé d'une somatisation des troubles de l'assurée (AI pce 93 p. 685) et observé, s'agissant des limitations fonctionnelles purement somatiques, un décalage évident entre le vécu subjectif

de l'assurée et les éléments objectifs, l'assurée ayant pu supporter l'entretien d'une durée de 3h15, sans interruption, sans même manifester le moindre signe de fatigue ou d'épuisement ou encore sans devoir changer de position ou présenter des grimaces algiques (AI pce 93 p. 687). Cela étant, l'examen de l'expert psychiatre n'est pas allé plus loin à ce sujet et en particulier, il n'a pas thématiqué les douleurs lors de la discussion des diagnostics à poser (AI pce 93 p. 682 ss). Or, selon la jurisprudence, l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic constitue un indicateur déterminant pour évaluer le degré de gravité fonctionnel des atteintes psychiques dont les affections psychosomatiques font partie (cf. consid. 8.2.2 ci-dessus). Pour cette raison déjà, le TAF ne saurait en l'état du dossier suivre les conclusions du Dr D._____. 8.4.2 Plus encore, le Tribunal considère qu'il paraît contradictoire d'admettre à la fois l'absence d'un diagnostic psychiatrique avec incidence sur la capacité de travail et d'admettre néanmoins une baisse de rendement de 20%, en raison d'un ralentissement et d'une fatigabilité lié aux symptômes résiduels de la dysthymie, à la sédation induite par les benzodiazépines ainsi qu'au conditionnement au travail (AI pce 93 p. 692). Le Dr D._____ se contredit encore lorsqu'il retient que les troubles de la mémoire et de la concentration dont se plaint l'assurée n'ont pas une incapacité handicapante, alors qu'il notait quelques pages plus haut que

C-3411/2020 Page 23 l'intéressée ne pouvait se situer dans le temps et ne parvenait pas à trouver les dates centrales de son parcours (AI pce 93 p. 678 et 681). Le rapport contient encore nombre d'erreurs et imprécisions mises en exergue à juste titre par l'assuré au pages 9 et 10 de son recours, relatives par exemple à son altération de poids, les blessures qu'elles s'est faites suite à des chutes, son parcours professionnel ou sa médication, tous éléments pertinents pour déterminer correctement un diagnostic ou une capacité de travail dans une profession donnée (TAF pce 1). Pour ces raisons encore, le rapport du Dr D._____ ne saurait convaincre. 8.4.3 Enfin, alors que le Dr D._____ ne s'est pas prononcé expressément sur la période antérieure à son examen du 19 juin 2019 (AI pce 93 p. 699), le SMR a conclu que la capacité de travail de l'assurée était toujours restée entière (AI pce 95). Or, cette affirmation, qui est exempte de toute motivation, ne trouve non seulement aucune confirmation dans les pièces du dossier, mais encore est contredite notamment par les avis des Dr I._____ et Y._____. En effet, le Dr I._____, mandaté par C._____ Assurances, a attesté dans son deuxième rapport d'expertise du 11 janvier 2018 une incapacité de travail totale jusqu'au 28 février 2018, puis, du 1er mars au 31 mars 2018, une capacité de travail de 50% (AI pce 30). Pour sa part, le Dr Y._____, le psychiatre traitant, a avancé, dans ses rapports des 7 janvier et 20 août 2019, une capacité de travail résiduelle de 20% à 40% dans une activité adaptée (AI pces 71 et 104 p. 727 s.). 8.4.4 Compte tenu de ce qui précède, le rapport du Dr D._____ ne peut se voir octroyer une quelconque valeur probante. Dès lors, le TAF ne saurait confirmer en l'état du dossier les conclusions du SMR et de l'OAIE qui se basent sur le dit rapport s'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assurée et de son évolution dans le temps. 8.5 En conclusion, le TAF ne peut pas se prononcer en l'état du dossier sur le taux d'invalidité de l'assurée et sur son droit à une rente, ceux-ci dépendant de sa capacité de travail résiduelle qu'il reste à fixer selon le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. Le dossier devant être renvoyé à l'OAIE pour instruction complémentaire (cf. consid. 10 ci-dessous), il n'y a pas lieu de se prononcer sur les autres griefs soulevés par la recourante. 9. Au regard de tout ce qui précède, il convient d'admettre le recours en ce sens que la décision contestée est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE

C-3411/2020 Page 24 pour compléments d'instruction et nouvelle décision conformément à l'art. 61 al. 1 PA et la conclusion subsidiaire de la recourante. Le renvoi de la cause est en l'espèce indiqué bien qu'il doive rester exceptionnel au regard de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst.; RS 101]; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). En effet, selon la jurisprudence, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsqu'il s'agit notamment d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 139 V 99 consid. 1.1; 137 V 210 consid. 4.4.1.4; TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'occurrence, l'état de santé complet de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas été établis à satisfaction de droit. Il appartiendra à l'Office AI de mettre en place une expertise médicale en Suisse pour garantir que les experts maîtrisent les principes d'évaluation de la médecine d'assurance suisse (cf. TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). L'expertise devra porter au moins sur les plans de la médecine rhumatologique, psychiatrique et interne et se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré aussi dans le temps. Afin d'évaluer si l'expertise devra concerner d'autres disciplines médicales encore, l'OAIE actualisera d'abord le dossier. Par ailleurs, s'agissant de la sélection des disciplines médicales nécessaires, l'art. 44 al. 5 LPGA sera observé aux termes duquel les disciplines médicales sont déterminées à titre définitif par l'assureur pour les expertises mono- et bidisciplinaires (al. 1 let. a et b de la disposition) et par le centre d'expertises pour les expertises pluridisciplinaire (al. 1 let. c). L'expertise sera, en outre, organisée dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) ainsi que de l'art. 72bis RAI qui précise les règles d'attribution des expertises bi- et pluridisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 3 à 5). L'OAIE fixera ensuite le taux d'invalidité de l'assurée et déterminera le droit de celle-ci à une rente. Il rendra une nouvelle décision y relative. 10. 10.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure. La recourante a obtenu gain de cause suite à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier pour complément d'instructions et nouvelle décision (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1; 132 V 215 consid. 6.2; cf. art. 63 al. 1 PA). Par conséquent, l'avance de frais versée de 800 francs (TAF pce 2 à 4) sera

C-3411/2020 Page 25 restituée à la recourante dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas participer aux frais (cf. art. 63 al. 2 PA). 10.2 Les art. 64 PA et 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) 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, tels les frais de représentation (cf. art. 8 ss FITAF). En l'occurrence, l'avocat n'a pas fait parvenir au Tribunal un décompte de ses prestations (cf. art. 14 al. 1 FITAF). Ses frais sont donc fixés, selon l'appréciation du Tribunal, 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. Ainsi, il se justifie d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs à charge de l'OAIE (cf. art. 64 al. 2 PA; art. 9 al. 1 et 10 al. 2 FITAF).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

C-3411/2020 Page 26