

# **BVGer C-4877/2021 vom 21. September 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-09-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4877\\_2021\\_d20210921](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4877_2021_d20210921)

FR: TAF C-4877/2021 du 21 septembre 2021

IT: TAF C-4877/2021 del 21 settembre 2021

## **Regeste**

Droit &grave; la rente | Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 21 septembre 2021). Le TF a refusé d'entrer en matière sur le recours.

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

### **E. 1.3**

Par ailleurs, il sied de préciser que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, domiciliée en France voisine et ayant travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. ci-dessus, let. A), la recourante doit être qualifiée de frontalière, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI du canton B.\_\_\_\_\_ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

### **E. 1.4**

Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile - étant précisé que la décision litigieuse a été notifiée

le 8 octobre 2021 (cf. ci-dessus, let. C.b) - et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA ; cf. ci-dessus, let. C.c), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 14), le recours est recevable.

## **E. 2**

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 21 septembre 2021, par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de rente d'invalidité du 13 juin 2019, au motif que la recourante peut exercer son activité habituelle à 100 %, exceptées deux périodes d'incapacité totale de travailler (100 %), soit du 16 novembre 2018 au 31 mars 2019 et du 19 septembre 2019 jusqu'à la fin de l'année 2019.

## **E. 3**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor / Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, no 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). 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 ; André Moser / Michael Beusch / Lorenz Kneubühler / Martin Kayser, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, p. 29 no 1.55).

### **E. 4.1**

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 (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 21 septembre 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

### **E. 4.2**

Le juge des assurances sociales 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 (en l'espèce, le 21 septembre 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 21 septembre 2021 (cf. ci-dessus, let. C.d s.) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

### **E. 4.3**

La recourante étant une ressortissante française, domiciliée en France, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). 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). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI 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 TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

### **E. 5**

Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'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 (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (cf. ci-dessus, let. A). Reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse.

### **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). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle

persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1<sup>re</sup> phr. LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais 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, 2<sup>e</sup> phr. LPGA).

### **E. 6.2**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

### **E. 6.3**

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il 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.

### **E. 6.4**

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (voir notamment arrêts du TF 9C\_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C\_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec 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 d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

### **E. 6.5**

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente 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 le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

### **E. 7.1**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor / Poltier, op. cit., no 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit 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 (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2, précisant que l'autorité peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion).

## **E. 7.2**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

## **E. 7.3**

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

### **E. 7.3.1**

Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 n° 33).

### **E. 7.3.2**

Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; Valterio, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; Valterio, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

### **E. 7.3.3**

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du

TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Valterio, op. cit., ad. art. 57 LAI nos 48 et 49).

## **E. 8**

En l'occurrence, la décision attaquée se fonde précisément sur les prises de position du médecin du SMR des 15 février 2021 et 6 septembre 2021 (cf. ci-dessus, let. B.g et B.j). Il s'agit de déterminer si l'on peut conférer valeur probante à ces rapports.

### **E. 8.1**

Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit également s'appliquer à tous les troubles psychiques.

#### **E. 8.1.1**

En particulier, les atteintes à la santé psychique doivent être diagnostiquées, lege artis, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée selon les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). L'expert doit motiver le diagnostic de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. A ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281).

#### **E. 8.1.2**

Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou les troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; cf. également ATF 143 V 418 consid. 6).

#### **E. 8.1.3**

En revanche, pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de recourir à une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs susmentionnés, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ni même appropriée. Il en va en règle générale ainsi lorsque des

constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur le ou les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux ayant valeur probante et émis par des spécialistes dénie toute incapacité de travail aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs. Cela étant, la nécessité de recourir à une procédure probatoire structurée s'évalue au cas par cas, compte tenu des circonstances spécifiques du cas d'espèce et des besoins respectifs d'une éventuelle instruction complémentaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structuré dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il n'y a pas davantage eu lieu de procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait notamment présenté une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C\_341/2018 du 13 août 2018). Il est également possible de se passer d'une procédure d'établissement des faits basée sur des indicateurs si une maladie mentale n'affectant pas la capacité de travail a été diagnostiquée (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3). En outre, il est admissible de renoncer à l'évaluation de la capacité de travail d'une personne selon la procédure des indicateurs déterminants si les limitations dans l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou de constellations similaires, ce qui exclut l'existence d'une atteinte à la santé pouvant conduire à un handicap (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, il convient de distinguer entre une tendance à l'exagération des symptômes - avec les conséquences précitées - et une simple accentuation des symptômes, qui n'exclut pas en soi le droit à une pension (arrêt du TF 9C\_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.2.1). A fortiori, il n'est pas non plus nécessaire de procéder à un examen normatif structuré lorsqu'aucun psychiatre n'a été consulté et n'a posé de diagnostic, que l'assuré n'a pas eu de traitement médicamenteux ou de suivi thérapeutique psychiatrique et que des médecins traitants non psychiatres ont posé un diagnostic psychiatrique de complaisance.

## **E. 8.2**

En l'espèce, les rapports des 2 octobre 2020 et 23 juin 2021 du Dr G.\_\_\_\_\_ mentionnent, en tant que troubles avec effets sur la capacité de travail, un événement traumatique d'ordre émotionnel, un burn-out (Z73.0 CIM-10) et un harcèlement moral existant depuis janvier 2018 en raison d'un conflit de travail survenu en septembre 2018. Le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2021 établi et produit en procédure de recours met en relief un surmenage professionnel (burn-out) dès septembre 2017, dont l'évolution s'est avérée longue et progressive, et précise que la guérison n'est pas encore acquise.

### **E. 8.2.1**

D'emblée, le Tribunal constate que le Dr J.\_\_\_\_\_ a vu l'intéressée en date du 28 août 2019 (AI pces 38 et 50). A cette occasion, la recourante n'a pas mentionné de troubles du sommeil ni de troubles anxieux (AI pce 50), ce que l'intéressée ne conteste pas, se bornant à reprocher au médecin du SMR, de ne pas avoir approfondi l'épuisement professionnel dont elle se prévaut (cf. ci-dessus, let. C.e). Ces allégations tenues tardivement en procédure de

recours ne sauraient convaincre dès lors que, de jurisprudence constante, lorsque les déclarations successives de l'intéressé sont contradictoires entre elles, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 et les références ; RAMA 2004 no U 515 p. 420 consid. 1.2; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

### **E. 8.2.2**

Par ailleurs, le seul diagnostic psychiatrique dûment posé selon une classification reconnue est le burn out (Z73.0 CIM-10). Pour autant, ce diagnostic n'est pas posé par un spécialiste en psychiatrie, mais par des généralistes, médecins traitants de surcroît dont l'avis est à apprécier avec réserve compte tenu du mandat thérapeutique (cf. ci-dessus, consid. 7.3.3).

### **E. 8.2.3**

En outre, la recourante se prévaut d'un trouble psychique résultant d'un conflit professionnel ayant abouti à son licenciement en septembre 2018, soit de circonstances psychosociales étrangères à l'invalidité. Dans ce contexte, l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, même s'il ne s'agit pas de celui d'un psychiatre, n'est pas dépourvu de toute pertinence dès lors qu'il est émis par un spécialiste en médecine du travail et en médecine environnementale. A cela s'ajoute que, en ce qui concerne le contexte social, les contraintes sociales ayant directement des conséquences fonctionnelles négatives ne sont pas prises en considération (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 et les références citées). Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a et les références citées ; cf. aussi arrêt du TF 9C\_609/2018 du 6 mars 2019 consid. 3.4 et les références citées). En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier que le tableau clinique ne se limiterait pas à des atteintes dues à des facteurs socioculturels pénibles, mais qu'il comprendrait des éléments psychiatriques distincts, par exemple une dépression durable au sens de la médecine spécialisée, qui se distinguerait clairement d'états dépressifs ou d'un état psychique comparable. De tels troubles psychiques, qui doivent être distingués de la situation de stress socioculturel et qui, en ce sens, sont autonomes et ont des répercussions sur la capacité de travail et de gain, sont indispensables pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Le diagnostic litigieux n'est pas non plus motivé de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. En effet, les rapports des Drs H. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ne sont pas complets en ce sens qu'ils ne comprennent pas

d'exposé des motifs fondant le diagnostic qu'ils retiennent, pas d'anamnèse complète et retiennent des incapacités totales de travail sans autre développement (cf. ci-dessus, let. B.e et B.i). En outre, celles-ci ne sont corroborées par aucun des autres spécialistes qui se sont exprimés dans ce dossier. En particulier, aucun des autres rapports médicaux figurant au dossier ne fait état d'une incapacité de travail fondée sur des troubles psychiques, de même qu'aucun rapport médical figurant au dossier ne mentionne une prise de médicament en lien avec une pathologie psychiatrique. Au contraire, le Dr C.\_\_\_\_\_ exclut expressément toute prise médicamenteuse de même que toute restriction physique, mentale ou psychique concernant l'exercice de la dernière activité lucrative (cf. rapport du 22 juin 2021 [AI pce 46]). De plus, les rapports des Drs H.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ constatent, pour le premier, un trouble invalidant dès 2017, pour le second, un trouble invalidant dès 2018, de sorte que leurs conclusions ne se recouvrent pas. En outre, ils attestent en 2019, 2020 et 2021 d'incapacités totales de travail qu'ils attribuent à un conflit professionnel survenu au cours du 1er semestre 2018 à la faveur d'un conflit professionnel, sans pour autant expliquer les raisons pour lesquelles l'atteinte respectivement l'incapacité totale de travailler correspondante aurait perduré au-delà du licenciement de l'assurée respectivement de son exposition à ladite situation de stress professionnel. En tant qu'ils retiennent des incapacités de travail en 2017 et 2018, ils effectuent de surcroît un examen rétrospectif de la capacité de travail. Or, selon la jurisprudence, les évaluations rétrospectives de la capacité - ou de l'incapacité - de travail sont difficiles et les expertises correspondantes devraient ainsi satisfaire à des exigences plus élevées. Les experts doivent - en tant que de besoin - tenir compte de toutes les sources d'information disponibles, telles que les rapports médicaux des médecins traitants, les anamnèses sociales détaillées des expertisés et des tiers et les dossiers complets des assureurs sociaux et des autorités impliqués (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 200/03 du 26 juillet 2004 consid. 4.5 ; arrêt du TAF C-1005/2021 consid. 4.7). Au demeurant, le rapport du 2 novembre 2021 de la psychologue K.\_\_\_\_\_ - produit en procédure de recours - indique qu'à plusieurs reprises en 2018 des consultations auraient eu lieu à la suite d'un épuisement professionnel, la patiente souffrant alors de troubles du sommeil, d'anxiété et de cogitations/ruminations, probablement en lien avec le contexte professionnel. La psychologue ajoute avoir revu l'intéressée pour quelques séances en 2021 et souligne que la patiente va mieux et se dit prête à rentrer progressivement dans la vie active. Pour autant, aucune pièce établie en temps réel susceptible d'étayer des consultations en 2018 et 2021, de quelque nature que ce soit, en raison de troubles psychiques n'est produite au dossier.

#### **E. 8.2.4**

Il résulte de ce qui précède que le diagnostic invalidant de burn-out (Z73.0 CIM-10) en lien avec un conflit professionnel, retenu sur la base de facteurs psycho-sociaux, par des médecins qui ne justifient pas de la spécialisation idoine, aux termes de rapports dont la motivation, lacunaire voire contradictoire, n'établit en particulier pas si les critères de la classification sont effectivement remplis, ne l'a ainsi pas été dans les règles de l'art. Les différents certificats des médecins qui suivent (ou ont suivi) la recourante faisant état d'une incapacité de travail quasiment ininterrompue du mois de septembre 2018 au mois de décembre 2021 (cf. ci-dessus, let. B.f et C.d) ne contiennent aucun indice concret objectivement vérifiable quant à la présence et à la persistance d'une maladie psychique de nature à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dépourvus d'informations anamnestiques, ces certificats ne font de surcroît état d'aucun suivi psychothérapeutique régulier ni médicamenteux. Ils ne permettent ainsi nullement de retenir l'existence d'une

pathologie psychiatrique invalidante au degré de la vraisemblance prépondérante. A défaut d'une maladie mentale dûment diagnostiquée susceptible d'affecter la capacité de travail de la recourante, il est admissible de se passer d'une procédure d'établissement des faits basée sur des indicateurs (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3).

### **E. 8.2.5**

Dans ces circonstances, le Tribunal ne voit aucune raison de s'écarter, sur le plan psychiatrique, de l'appréciation développée par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans ses rapports SMR. Aussi, bien que le médecin du SMR ne soit pas spécialisé en psychiatrie, est-ce néanmoins à juste titre que l'autorité inférieure a suivi son appréciation déniait l'existence d'un trouble psychiatrique invalidant au sens de l'AI, les pièces médicales présentes au dossier permettant d'écarter, au degré de la vraisemblance prépondérante, la présence d'une telle affection. Sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (cf. ci-dessus, consid. 7.1) et dans le respect du principe de la proportionnalité, une instruction complémentaire impliquant notamment la mise en oeuvre d'une procédure structurée d'établissement des faits ne s'impose pas, les diagnostics psychiatriques mentionnés par des médecins non spécialisés en psychiatrie n'ayant pas été posés dans les règles de l'art. Le fardeau de la preuve incombant à l'assurée (cf. notamment ATF 139 V 176, consid. 5.2), cette dernière échoue à prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une affection psychique invalidante, étant rappelé que le conflit professionnel invoqué par les médecins traitants - qui ne peut avoir perduré au-delà de la fin du contrat de travail en date du 31 décembre 2018 (AI pce 11 p. 1) - ne saurait justifier, sans autre motivation, une incapacité de travail, en l'absence de substrat organique - établi par un médecin psychiatre - influençant la capacité de travail de manière autonome (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). Au demeurant, les appréciations contradictoires des Drs H. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ quant au début de l'incapacité de travail pour raisons psychiatriques ne permettent pas de douter de l'inexistence d'une pathologie psychiatrique invalidante au sens de l'AI. Au contraire, de telles incohérences, émanant de médecins non psychiatres, discréditent les appréciations de ces derniers qui, dans leur rôle de médecins traitants, tissent une relation de confiance avec leur patiente, pouvant les amener à dresser des certificats de complaisance (cf. ci-dessus, consid. 7.3.3), étant rappelé, de surcroît, que leur évaluation rétrospective de la capacité de travail n'est pas objectivement vérifiable (cf. ci-dessus, consid. 8.2.3), en l'absence notamment de documents probants - émanant de médecins spécialisés - attestant la présence d'une affection psychiatrique invalidante.

### **E. 8.3**

Sur le plan somatique, il est constant que la recourante a subi deux interventions chirurgicales en date des 16 novembre 2018 (ostéotomies en percutané de correction du premier rayon bilatéral ; cf. ci-dessus, let. B.a) et 19 septembre 2019 (ostéotomies percutanées de décharge des 2e, 3e et 4e métatarsiens ; cf. ci-dessus, let. B.d), ayant entraîné des incapacités de travail. Reste à examiner la durée de ces incapacités de travail.

#### **E. 8.3.1**

Le chirurgien qui a procédé aux actes médicaux précités - soit le Dr C. \_\_\_\_\_ - a notamment mis en exergue, au sujet de la première intervention, une évolution post-opératoire favorable et une cicatrisation sans complication, en précisant que la recourante peut reprendre la marche en appui complet grâce à des chaussures adaptées. Pour ces raisons, le chirurgien a indiqué un arrêt de travail jusqu'au 9 décembre 2018 (cf. rapport

du 11 février 2019 [AI pce 26 p. 22] ; ci-dessus, let. B.a). Pour ce qui est de la seconde intervention, le chirurgien a également fait état d'une évolution post-opératoire favorable, le Dr C.\_\_\_\_\_ ayant prescrit un arrêt de travail jusqu'au 19 octobre 2019 à sa patiente, qui a repris la marche en appui complet avec des chaussures à semelles rigides (cf. rapport du 11 décembre 2019 [AI pce 26 p. 8] ; ci-dessus, let. B.d). Par ailleurs, le Dr C.\_\_\_\_\_ souligne de nouveau, dans son rapport du 15 avril 2020 (AI pce 28 ; cf. ci-dessus, let. B.e), l'évolution post-opératoire favorable, mis à part de rares gênes à la station debout prolongée ou lors de certaines activités physiques. Le chirurgien indique également, dans son rapport du 22 juin 2021 (AI pce 46 ; cf. ci-dessus, let. B.h), la présence de douleurs fonctionnelles sporadiques des pieds, entraînant une réduction de rendement dans l'exercice de la dernière activité lucrative, pour laquelle aucune restriction physique n'est mentionnée par le Dr C.\_\_\_\_\_.

### **E. 8.3.2**

Le Tribunal de céans n'a aucun motif pour s'écarter de l'appréciation du médecin qui a opéré la recourante. Aussi convient-il de retenir une première incapacité de travail qui a commencé lors de l'intervention du 16 novembre 2018 et qui a duré au plus tard jusqu'au mois de mars 2019 (cf. notamment certificat médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2018 [AI pce 26 p. 41] et rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ du 5 juillet 2019 faisant état d'une marche correcte dès avril 2019 [AI pce 26 p. 11 ss]), et une seconde incapacité de travail ayant débuté lors de l'intervention du 19 septembre 2019 pour se terminer au plus tard au mois de décembre 2019 (cf. notamment certificat médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 19 novembre 2019 [AI pce 26 p. 24] et ci-dessus, let. B.g). Pour ce qui est de la réduction de rendement mentionnée par le Dr C.\_\_\_\_\_, le Tribunal retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs fonctionnelles sporadiques des pieds ne sont pas de nature à entraîner une réduction de rendement, la recourante pouvant exercer une activité devant un ordinateur à temps complet, ménageant ses membres inférieurs. En ce qui concerne les certificats des autres médecins de la recourante, retenant une incapacité de travail quasiment sans interruption du mois de septembre 2018 au mois de décembre 2021 (cf. ci-dessus, let. B.f et C.d), ceux-ci ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_. En effet, les certificats en question, se limitant à mentionner des dates d'arrêt de travail, ne précisent aucunement les raisons des incapacités de travailler ni les éventuelles limitations fonctionnelles qui en découlent. Par ailleurs, la recourante, qui a demandé à son médecin traitant d'établir un rapport attestant le lien entre l'arrêt de travail et un événement traumatique d'ordre émotionnel (cf. ci-dessus, let. C.e ; TAF pce 17), met au premier plan son affection psychique, qui, comme illustré ci-dessus, n'est pas invalidante.

### **E. 8.3.3**

Au vu de ce qui précède, sur le plan somatique, le Tribunal de céans partage également l'appréciation du médecin du SMR, les pièces médicales présentes au dossier permettant d'écarter, au degré de la vraisemblance prépondérante, la présence d'affections physiques causant une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption de 30 jours consécutifs au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI et 29ter RAI). Par ailleurs, en ce qui concerne l'eczéma (cf. ci-dessus, let. B.i et B.j), qui peut être traité dermatologiquement, cette affection ne restreint pas la capacité de travail de la recourante, cette dernière ne devant pas travailler dans des endroits humides, ce que l'intéressée ne conteste pas. Aussi, disposant d'une formation universitaire, l'assurée est en mesure

d'exercer une activité lucrative physiquement légère à 100 %, n'exacerbant pas ses douleurs physiques, tant au niveau des pieds qu'au niveau dorsal.

#### **E. 8.4**

Les prises de position du médecin du SMR des 15 février 2021 et 6 septembre 2021 - sur lesquelles se fonde la décision litigieuse - ayant valeur probante, c'est à bon droit que l'autorité inférieure a rejeté la demande de rente d'invalidité de la recourante en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (la recourante ayant travaillé à 100 % avant le début de l'incapacité de travail ; cf. ci-dessus, let. B.b et consid. 6.4), la perte de gain étant nulle, l'assurée pouvant exercer la même activité lucrative que celle qu'elle exerçait avant le début de son incapacité de travail, exceptées deux courtes périodes d'incapacité totale de travailler (cf. ci-dessus, consid. 8.3.2). Par ailleurs, les attestations du Dr C. \_\_\_\_\_ et de Mme L. \_\_\_\_\_ des 17 mars 2022 et 11 avril 2022 (cf. ci-dessus, let. C.e) postérieures à la décision entreprise, dans la mesure où elles doivent être prises en compte car elles portent sur un état de fait antérieur à la date de la décision litigieuse (cf. ci-dessus, consid. 4.2), ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du médecin du SMR, ces attestations se limitant notamment à indiquer des dates de consultations.

#### **E. 9**

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 21 septembre 2021 confirmée.

#### **E. 10.1**

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires - fixés à Fr. 800. - - sont mis à la charge de la recourante (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction (TAF pce 14).

#### **E. 10.2**

Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

#### **E. 50**

% du 1er septembre 2018 au 4 septembre 2018, - 100 % à compter du 5 septembre 2018. B.c Mandaté par l'assureur perte de gain maladie, le Dr F. \_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédique) rend son rapport d'expertise le 5 juillet 2019 (AI pce 26 p. 11 ss). Le médecin indique en particulier le traitement chirurgical d'un hallux valgus bilatéral réalisé en novembre 2018, dont les suites ont été marquées par des épisodes douloureux jusqu'au mois de mai 2019, l'intéressée ayant pu marcher correctement à partir du mois d'avril 2019 avec la diminution des douleurs. De surcroît, le Dr F. \_\_\_\_\_ estime que la patiente peut reprendre, au jour de l'expertise, son activité antérieure, qui était réalisée uniquement en position assise avec un ordinateur, et ce sans limitations fonctionnelles, au vu de sa capacité de déplacement. B.d Dans son rapport du 11 décembre 2019 (AI pce 26 p. 8), le Dr C. \_\_\_\_\_ indique que la recourante a été hospitalisée en ambulatoire en date du 19 septembre 2019 pour un syndrome douloureux du 2e rayon bilatéral. A la même date, le Dr C. \_\_\_\_\_ a réalisé des ostéotomies percutanées de décharge des 2e, 3e et 4e métatarsiens. Dans son rapport, le médecin fait état d'une évolution post-opératoire favorable, l'assurée ayant repris la marche en appui complet avec des chaussures à semelles

rigides. Par ailleurs, le Dr C. \_\_\_\_\_ indique avoir prescrit un arrêt de travail jusqu'au 19 octobre 2019. B.e Dans son rapport du 15 avril 2020 (AI pce 28), le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionne, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un hallux valgus bilatéral et des métatarsalgies des deux pieds opérés. Par ailleurs, le Dr C. \_\_\_\_\_ fait état d'une évolution post-opératoire favorable après la dernière consultation du 27 janvier 2020 et mentionne des rares gênes à la station debout prolongée ou lors de certaines activités physiques. Rete- nant un pronostic favorable, le médecin indique que la recourante ne prend pas de médication et qu'aucune thérapie n'est nécessaire. Par ailleurs, le Dr C. \_\_\_\_\_ ne fait pas état d'incapacités de travail ni de limitations fonc- tionnelles, précisant notamment que l'exigibilité d'une activité lucrative est à établir par voie d'expertise. B.f Figurent notamment au dossier plusieurs certificats médicaux, indi- quant en particulier les arrêts de travail suivants :

- du 5 septembre 2018 au 30 septembre 2018, selon le certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste traitant [cf. AI pce 2]) du 5 septembre 2018 (AI pce 26 p. 32),

C-4877/2021 Page 4 - du 24 septembre 2018 au 31 octobre 2018 (incapacité de travail à 100 %), selon le certificat du Dr H. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) du 24 septembre 2018 (AI pce 26 p. 45), - du 15 octobre 2018 au 30 novembre 2018, selon le certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2018 (AI pce 26 p. 43), - du 16 novembre 2018 au 9 décembre 2018 (arrêt de travail à 100 %), selon le certificat du Dr C. \_\_\_\_\_ du 14 novembre 2018 (AI pce 26 p. 42), - du 5 décembre 2018 au 6 janvier 2019 (arrêt de travail à 100 %), selon le certificat du Dr C. \_\_\_\_\_ du 5 décembre 2018 (AI pce 26 p. 41), - du 19 janvier 2019 au 17 février 2019 (incapacité de travail à 100 %), selon le certificat du Dr H. \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2019 (AI pce 26 p. 25), - du 18 février 2019 au 9 mars 2019, selon le certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ du 18 février 2019 (AI pce 26 p. 23), - du 5 mars 2019 au 31 mars 2019, selon le certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2019 (AI pce 26 p. 40), - du 30 mars 2019 au 14 avril 2019 (incapacité de travail à 100 %), selon le certificat du Dr H. \_\_\_\_\_ du 30 mars 2019 (AI pce 26 p. 26), - du 13 avril 2019 au 30 avril 2019, selon le certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2019 (AI pce 26 p. 38), - du 27 avril 2019 au 31 mai 2019, selon le certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ du 27 avril 2019 (AI pce 26 p. 37), - du 18 mai 2019 au 30 juin 2019, selon le certificat de la Dre I. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) du 18 mai 2019 (AI pce 26 p. 36), - du 28 juin 2019 au 31 juillet 2019 (incapacité de travail à 100 %), selon le certificat du Dr H. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2019 (AI pce 26 p. 35), - du 26 juillet 2019 au 31 août 2019, selon le certificat du Dr H. \_\_\_\_\_ du 26 juillet 2019 (AI pce 26 p. 34), - du 31 août 2019 au 30 septembre 2019 (incapacité de travail à 100 %), selon le certificat du Dr H. \_\_\_\_\_ du 31 août 2019 (AI pce 26 p. 33), - du 19 septembre 2019 au 19 octobre 2019 (arrêt de travail à 100 %), selon le certificat du Dr C. \_\_\_\_\_ du 17 septembre 2019 (AI pce 26 p. 29), - du 30 septembre 2019 au 31 octobre 2019, selon le certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ du 30 septembre 2019 (AI pce 26 p. 30), - du 19 novembre 2019 au 19 décembre 2019 (arrêt de travail à 100 %), selon le certificat du Dr C. \_\_\_\_\_ du 19 novembre 2019 (AI pce 26 p. 24), - du 27 novembre 2019 au 31 décembre 2019, selon le certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2019 (AI pce 26 p. 28).

C-4877/2021 Page 5 B.g Dans son avis du 15 février 2021 (AI pce 38), le Dr J. \_\_\_\_\_ (spécia- liste en médecine du travail et en médecine environnementale auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : le SMR]) in- dique que, lors de son entretien du 28 août 2019 avec l'assurée, il n'a dé- celé aucun signe de maladie psychique. Le Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne éga- lement l'intervention du 16 novembre 2018 et ses suites

sans complications, avec un pronostic de reprise de travail dans les 6 à 8 semaines. Par ailleurs, le médecin du SMR souligne que les médecins français ont attesté une incapacité de travail perdurant jusqu'à présent. Le Dr J. \_\_\_\_\_ cite également le rapport d'expertise du 5 juillet 2019 du Dr F. \_\_\_\_\_, faisant notamment état d'une pleine capacité de travail – en lien avec les pieds opérés – au plus tard au jour de l'expertise, soit au 5 juillet 2019, et d'épisodes douloureux présents jusqu'au mois de mai 2019. De plus, le Dr J. \_\_\_\_\_ met en exergue que, lors de l'expertise, l'intéressée a affirmé pouvoir marcher normalement depuis le mois d'avril 2019, malgré la présence de douleurs résiduelles, et ce jusqu'à deux heures d'affilée, et pouvoir rester debout jusqu'à deux heures d'affilée également. Compte tenu de ce qui précède, le médecin du SMR retient qu'une incapacité totale de travailler a existé jusqu'à la fin du mois de mars 2019, l'assurée pouvant reprendre, après cette date, sa dernière activité lucrative, exercée en position principalement assise. Et le Dr J. \_\_\_\_\_ d'ajouter que la seconde intervention du 19 septembre 2019 a été sans complications et n'a causé qu'une incapacité de travail totale et temporaire jusqu'à la fin 2019. A l'appui de son appréciation, le médecin du SMR indique que le Dr C. \_\_\_\_\_, qui a effectué l'opération, a retenu une incapacité de travail jusqu'au 19 octobre 2019. L'état de santé de la recourante s'étant stabilisé, le Dr J. \_\_\_\_\_ conclut à une incapacité totale de travailler (100 %) entre le 16 novembre 2018 et le 31 mars 2019 et entre le 19 septembre 2019 et la fin de l'année 2019. En dehors de ces périodes, la recourante peut exercer sa dernière activité lucrative ainsi que toute autre profession permettant de travailler en position alternée à 100 %. B.h Dans son rapport du 22 juin 2021 (AI pce 46), le Dr C. \_\_\_\_\_ indique en particulier des douleurs sporadiques du pied gauche à la marche et des douleurs en regard de l'avant-pied avec parfois des irradiations dans les orteils. Par ailleurs, le Dr C. \_\_\_\_\_ fait état d'un pronostic favorable, n'indique aucune médication prise par la recourante, et recommande la kinésithérapie, des semelles orthopédiques et des vitamines. De surcroît, le médecin indique expressément n'avoir aucune restriction physique, mentale ou psychique à signaler concernant la dernière activité lucrative exercée, malgré une réduction de rendement causée par des douleurs fonctionnelles sporadiques des pieds. Et le Dr C. \_\_\_\_\_ d'ajouter qu'on peut

C-4877/2021 Page 6 s'attendre à une reprise normale de l'activité professionnelle et/ou à une amélioration de la capacité de travail, en précisant qu'une évaluation par la médecine de travail serait souhaitable. B.i Dans son rapport du 23 juin 2021 (AI pce 49), le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne un burn-out (Z73.0 CIM-10) et un harcèlement moral existant depuis janvier 2018 en tant que diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin indique un hallux valgus. A l'appui des diagnostics retenus, le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne un conflit de travail survenu en septembre 2018, date à partir de laquelle l'assurée n'a plus repris d'activité salariée. Par ailleurs, il ressort du rapport que la recourante ne suit pas de traitement régulier et qu'elle souffre notamment d'insomnie et d'un syndrome anxieux marqué. De plus, le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne un eczéma marqué au niveau du coude gauche et de la main droite. Aussi, le médecin conclut à une incapacité de travail de 100 % depuis septembre 2018 dans la dernière activité exercée, et conseille un suivi psychologique. En outre, le médecin est d'avis qu'une reprise de l'activité professionnelle et/ou une amélioration de la capacité de travail sont possibles, bien que le Dr G. \_\_\_\_\_ ne soit pas en mesure d'en indiquer la date. B.j Dans son appréciation du 6 septembre 2021 (AI pce 51), le Dr J. \_\_\_\_\_ indique que, lors de son entretien du 28 août 2019 avec l'assurée, cette dernière n'a pas fait état de troubles de sommeil ou d'anxiété. A cette occasion, l'intéressée a spontanément dit au

médecin du SMR être en arrêt de travail à cause de douleurs dorsales. Aussi, et sur la base de son entretien précité, le Dr J. \_\_\_\_\_ indique ne pas retenir de pathologie psychiatrique, en précisant que le Dr G. \_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre. En ce qui concerne l'eczéma sur les coudes et les mains, le médecin du SMR précise que celui-ci peut être traité dermatologiquement et ne restreint pas la capacité de travail de l'assurée dans sa dernière activité lucrative, qui n'est pas exposée à l'humidité. Au sujet du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 22 juin 2021 (cf. ci-dessus, let. B.h), le Dr J. \_\_\_\_\_ indique qu'il ne contient pas de nouvel élément. Aussi, le médecin du SMR confirme sa prise de position du 15 février 2021. B.k Confirmant le projet de décision de l'OAI du canton B. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2021 (AI pce 39), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité pré-cédente) a, par décision du 21 septembre 2021 (annexe à TAF pce 1), rejeté la demande de rente d'invalidité du 13 juin 2019, au motif que l'assurée peut exercer sa dernière activité lucrative – permettant de travailler en C-4877/2021 Page 7 position alternée – à 100 %, exceptées deux périodes d'incapacité totale de travailler (100 %) entre, d'une part, le 16 novembre 2018 et le 31 mars 2019 et, d'autre part, le 19 septembre 2019 et la fin de l'année 2019. C. C.a Par acte du 4 novembre 2021 (TAF pce 1) déposé par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans), la recourante indique « s'opposer » à la décision précitée et requiert un délai de 30 à 45 jours pour compléter sa contestation. C.b Dans sa réponse du 5 janvier 2022 (TAF pce 4), l'OAIE conclut, principalement, à ce que le recours soit déclaré irrecevable et, subsidiairement, à son rejet et à la confirmation de la décision litigieuse. A l'appui de sa réponse, l'autorité précédente transmet au Tribunal de céans la prise de position de l'OAI du canton B. \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2021, proposant que le recours soit déclaré irrecevable pour tardiveté et compte tenu du fait qu'il ne contient pas de motifs ni de conclusions. A supposer que le recours soit déclaré recevable, l'OAI du canton B. \_\_\_\_\_ conclut, sur le fond, à la confirmation de la décision litigieuse. De surcroît, l'OAIE transmet au Tribunal le suivi postal de la décision du 21 septembre 2021, dont il ressort que celle-ci a été notifiée le 8 octobre 2021. C.c Par courrier du 26 janvier 2022 (TAF pce 8), la recourante confirme sa volonté de recourir et demande en particulier la prise en compte par l'assurance-invalidité de l'intégralité de la durée de son arrêt de travail, soit du 1er septembre 2018 au 31 décembre 2021. En outre, l'intéressée conclut à l'annulation de la décision litigieuse. C.d Dans son courrier spontané adressé au Tribunal de céans le 27 janvier 2022 (TAF pce 10), la recourante indique notamment que la convocation auprès de l'OAI du canton B. \_\_\_\_\_ du 28 août 2019 avait principalement porté sur les douleurs post-opératoires invalidantes et sur l'opération planifiée pour le mois suivant. Par ailleurs, la recourante mentionne l'épuisement professionnel qu'elle a vécu, qui n'a pas été approfondi lors de l'entretien précité. De surcroît, l'intéressée transmet au Tribunal de céans les nouvelles pièces suivantes :

- rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 29 octobre 2021, mettant en relief un surmenage professionnel (burn-out) dès septembre 2017, dont l'évolution s'est avérée longue et progressive, et précisant que la guérison n'est pas encore acquise,

C-4877/2021 Page 8 - rapport du 2 novembre 2021 de Mme K. \_\_\_\_\_ (psychologue clinicienne), indiquant avoir rencontré la recourante à plusieurs reprises en 2018 à la suite d'un épuisement professionnel, ajoutant que la patiente souffrait de troubles du sommeil, d'anxiété et de cogitations/ruminations, probablement en lien avec le contexte professionnel ; Mme K. \_\_\_\_\_ mentionne également avoir revu l'intéressée pour quelques

séances en 2021 et souligne que la patiente va mieux et se dit prête à rentrer progressivement dans la vie active, - certificat du Dr G. \_\_\_\_\_ du 31 décembre 2021, indiquant un arrêt de travail du 1er septembre 2018 au 31 décembre 2021. C.e Dans sa réplique du 22 avril 2022 (TAF pce 17), la recourante indique notamment que l'incapacité de travail a commencé le 1er septembre 2018 (avec une prolongation couvrant la période du 15 octobre 2018 au 31 novembre 2018), que les conclusions du rapport d'expertise du 5 juillet 2019 ont été infirmées par l'attestation du 26 juillet 2019 du Dr H. \_\_\_\_\_ et avoir été par ailleurs traitée pour des troubles musculo-squelettiques post-opératoires dont des douleurs dans le bas du dos et au niveau du bassin. De surcroît, la recourante affirme, au sujet de l'intervention chirurgicale du 19 septembre 2019, qu'elle n'était point rétablie en janvier 2020, bien que la cicatrisation post-opératoire se soit bien déroulée. Concernant la souffrance au travail, l'intéressée indique qu'elle avait été mentionnée dans le formulaire de demande de prestations AI. Par ailleurs, la recourante indique avoir consulté un psychologue sur les recommandations du médecin traitant et souligne avoir été confrontée à des problèmes de sommeil et d'anxiété, quoi qu'en dise le médecin du SMR, qui n'a pas approfondi l'épuisement professionnel lors de l'entretien du 28 août 2019 et qui aurait dû voir l'assurée une seconde fois. Et la recourante de mentionner la réapparition d'un léger hallux valgus du côté droit et une sensation de gêne plus ou moins prononcée au niveau de l'hallux valgus gauche. Mettant en exergue un surmenage professionnel, un harcèlement moral, des agissements hostiles au travail et ses affections physiques, la recourante indique qu'une prise en charge pluridisciplinaire s'est révélée nécessaire. En outre, l'intéressée souligne que les pièces citées dans l'écrit du 5 janvier 2022 (recte : 22 décembre 2021 ; cf. ci-dessus, let. C.b) de l'OAI du canton B. \_\_\_\_\_ ne lui ont pas été transmises. Avec sa réplique, la recourante transmet au Tribunal de céans les nouvelles pièces suivantes :

- rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 2 octobre 2020 – établi à la demande de l'intéressée – certifiant que l'arrêt de travail, qui a débuté le 1er septembre 2018, est en lien avec un événement traumatique d'ordre émotionnel,

C-4877/2021 Page 9 - deux attestations du Dr C. \_\_\_\_\_ du 17 mars 2022 indiquant les dates des consultations auxquelles s'est présentée la patiente (4 consultations en 2018, 6 en 2019, 4 en 2020 et 2 en 2021) et des traitements chirurgicaux (16 novembre 2018 et 19 septembre 2019), - attestation de Mme L. \_\_\_\_\_ (chiropraticienne) du 11 avril 2022 indiquant les visites réalisées dans son cabinet (9 visites en 2020, 12 en 2021 et 4 en 2022). C.f Dans sa duplique du 20 mai 2022 (TAF pce 20), l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de sa position, l'OAIE transmet au Tribunal l'avis de l'OAI du canton B. \_\_\_\_\_ du 17 mai 2022, confirmant en substance le bien-fondé de la décision litigieuse et mentionnant la transmission du dossier complet à la recourante. C.g Par ordonnance du 30 mai 2022 (TAF pce 21), le Tribunal a porté la duplique de l'autorité inférieure du 20 mai 2022 à la connaissance de la recourante et a signalé la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction. D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. 1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE. 1.2 Le

Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

C-4877/2021 Page 10 1.3 Par ailleurs, il sied de préciser que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, domiciliée en France voisine et ayant travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. ci-dessus, let. A), la recourante doit être qualifiée de frontalière, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI du canton B. \_\_\_\_\_ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE. 1.4 Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile – étant précisé que la décision litigieuse a été notifiée le 8 octobre 2021 (cf. ci-dessus, let. C.b) – et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA ; cf. ci-dessus, let. C.c), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 14), le recours est recevable. 2. Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 21 septembre 2021, par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de rente d'invalidité du 13 juin 2019, au motif que la recourante peut exercer son activité habituelle à 100 %, exceptées deux périodes d'incapacité totale de travailler (100 %), soit du 16 novembre 2018 au 31 mars 2019 et du 19 septembre 2019 jusqu'à la fin de l'année 2019. 3. Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, no 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). 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 ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ

C-4877/2021 Page 11 KNEUBÜHLER / MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 no 1.55). 4. 4.1 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 (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 21 septembre 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les

modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

4.2 Le juge des assurances sociales 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 (en l'espèce, le 21 septembre 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 21 septembre 2021 (cf. ci-dessus, let. C.d.s.) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

4.3 La recourante étant une ressortissante française, domiciliée en France, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP,

C-4877/2021 Page 12 RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). 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). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI 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 TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 5. Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'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 (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et

survivants [LAVS, RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'es- pèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (cf. ci-dessus, let. A). Reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse.

C-4877/2021 Page 13 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). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1re phr. LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais 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 phr. LPGA). 6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il 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. 6.4 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la

C-4877/2021 Page 14 méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (voir notamment arrêts du TF 9C\_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C\_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec 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 d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid.

3.1.1 ; arrêt du TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). 6.5 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente 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 le 18e anniversaire de l'assuré. 7. 7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR / POLTIER, op. cit., no 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit 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 (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ;

C-4877/2021 Page 15 130 II 425 consid. 2, précisant que l'autorité peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion). 7.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). 7.3 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 7.3.1 Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour

reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine

C-4877/2021 Page 16 valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 n° 33). 7.3.2 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées,

C-4877/2021 Page 17 les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 7.3.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la

procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI nos 48 et 49). 8. En l'occurrence, la décision attaquée se fonde précisément sur les prises de position du médecin du SMR des 15 février 2021 et 6 septembre 2021 (cf. ci-dessus, let. B.g et B.j). Il s'agit de déterminer si l'on peut conférer valeur probante à ces rapports. 8.1 Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit également s'appliquer à tous les troubles psychiques. 8.1.1 En particulier, les atteintes à la santé psychique doivent être diagnostiquées, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée selon les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). L'expert doit motiver le diagnostic de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement

C-4877/2021 Page 18 remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. A ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281). 8.1.2 Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou les troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; cf. également ATF 143 V 418 consid. 6). 8.1.3 En revanche, pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de recourir à une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs susmentionnés, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ni même appropriée. Il en va en règle générale ainsi lorsque des constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur le ou les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux ayant valeur probante et émis par des spécialistes dénie toute incapacité de travail aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs. Cela étant, la nécessité de recourir à une procédure probatoire structurée s'évalue au cas par cas, compte tenu des circonstances spécifiques du cas d'espèce et des besoins respectifs d'une éventuelle instruction complémentaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il

n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structuré dans les cas où il est établi selon la vraisemblance pré-pondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il n'y a pas davantage eu lieu de procéder

C-4877/2021 Page 19 à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait notamment présenté une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C\_341/2018 du 13 août 2018). Il est également possible de se passer d'une procédure d'établissement des faits basée sur des indicateurs si une maladie mentale n'affectant pas la capacité de travail a été diagnostiquée (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3). En outre, il est admissible de renoncer à l'évaluation de la capacité de travail d'une personne selon la procédure des indicateurs déterminants si les limitations dans l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou de constellations similaires, ce qui exclut l'existence d'une atteinte à la santé pouvant conduire à un handicap (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, il convient de distinguer entre une tendance à l'exagération des symptômes – avec les conséquences précitées – et une simple accentuation des symptômes, qui n'exclut pas en soi le droit à une pension (arrêt du TF 9C\_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.2.1). A fortiori, il n'est pas non plus nécessaire de procéder à un examen normatif structuré lorsqu'aucun psychiatre n'a été consulté et n'a posé de diagnostic, que l'assuré n'a pas eu de traitement médicamenteux ou de suivi thérapeutique psychiatrique et que des médecins traitants non psychiatres ont posé un diagnostic psychiatrique de complaisance. 8.2 En l'espèce, les rapports des 2 octobre 2020 et 23 juin 2021 du Dr G.\_\_\_\_\_ mentionnent, en tant que troubles avec effets sur la capacité de travail, un événement traumatique d'ordre émotionnel, un burn-out (Z73.0 CIM-10) et un harcèlement moral existant depuis janvier 2018 en raison d'un conflit de travail survenu en septembre 2018. Le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2021 – établi et produit en procédure de recours – met en relief un surmenage professionnel (burn-out) dès septembre 2017, dont l'évolution s'est avérée longue et progressive, et précise que la guérison n'est pas encore acquise. 8.2.1 D'emblée, le Tribunal constate que le Dr J.\_\_\_\_\_ a vu l'intéressée en date du 28 août 2019 (AI pces 38 et 50). A cette occasion, la recourante n'a pas mentionné de troubles du sommeil ni de troubles anxieux (AI pce 50), ce que l'intéressée ne conteste pas, se bornant à reprocher au médecin du SMR, de ne pas avoir approfondi l'épuisement professionnel dont elle se prévaut (cf. ci-dessus, let. C.e). Ces allégations tenues tardivement en procédure de recours ne sauraient convaincre dès lors que, de jurisprudence constante, lorsque les déclarations successives de l'intéressé sont contradictoires entre elles, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles

C-4877/2021 Page 20 explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 et les références ; RAMA 2004 no U 515 p. 420 consid. 1.2; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). 8.2.2 Par ailleurs, le seul diagnostic psychiatrique dûment posé selon une classification reconnue est le burn out (Z73.0 CIM-10). Pour autant, ce diagnostic n'est pas posé par un spécialiste en psychiatrie, mais par des généralistes, médecins traitants de surcroît dont l'avis est à apprécier avec réserve compte tenu du mandat thérapeutique (cf. ci-dessus, consid. 7.3.3). 8.2.3 En outre, la recourante se prévaut d'un trouble psychique résultant d'un conflit professionnel ayant

abouti à son licenciement en septembre 2018, soit de circonstances psychosociales étrangères à l'invalidité. Dans ce contexte, l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, même s'il ne s'agit pas de celui d'un psychiatre, n'est pas dépourvu de toute pertinence dès lors qu'il est émis par un spécialiste en médecine du travail et en médecine environnementale. A cela s'ajoute que, en ce qui concerne le contexte social, les contraintes sociales ayant directement des conséquences fonctionnelles négatives ne sont pas prises en considération (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 et les références citées). Plus les facteurs psychosociaux et socio-culturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a et les références citées ; cf. aussi arrêt du TF 9C\_609/2018 du 6 mars 2019 consid. 3.4 et les références citées). En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier que le tableau clinique ne se limiterait pas à des atteintes dues à des facteurs socioculturels pénibles, mais qu'il comprendrait des éléments psychiatriques distincts, par exemple une dépression durable au sens de la médecine spécialisée, qui se distinguerait clairement d'états dépressifs ou d'un état psychique comparable.

C-4877/2021 Page 21 De tels troubles psychiques, qui doivent être distingués de la situation de stress socioculturel et qui, en ce sens, sont autonomes et ont des répercussions sur la capacité de travail et de gain, sont indispensables pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Le diagnostic litigieux n'est pas non plus motivé de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. En effet, les rapports des Drs H. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ne sont pas complets en ce sens qu'ils ne comprennent pas d'exposé des motifs fondant le diagnostic qu'ils retiennent, pas d'anamnèse complète et retiennent des incapacités totales de travail sans autre développement (cf. ci-dessus, let. B.e et B.i). En outre, celles-ci ne sont corroborées par aucun des autres spécialistes qui se sont exprimés dans ce dossier. En particulier, aucun des autres rapports médicaux figurant au dossier ne fait état d'une incapacité de travail fondée sur des troubles psychiques, de même qu'aucun rapport médical figurant au dossier ne mentionne une prise de médicament en lien avec une pathologie psychiatrique. Au contraire, le Dr C. \_\_\_\_\_ exclut expressément toute prise médicamenteuse de même que toute restriction physique, mentale ou psychique concernant l'exercice de la dernière activité lucrative (cf. rapport du 22 juin 2021 [AI pce 46]). De plus, les rapports des Drs H. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ constatent, pour le premier, un trouble invalidant dès 2017, pour le second, un trouble invalidant dès 2018, de sorte que leurs conclusions ne se recouvrent pas. En outre, ils attestent en 2019, 2020 et 2021 d'incapacités totales de travail qu'ils attribuent à un conflit professionnel survenu au cours du 1er semestre 2018 à la faveur d'un conflit professionnel, sans pour autant expliquer les

raisons pour lesquelles l'atteinte respectivement l'incapacité totale de travailler correspondante aurait perduré au-delà du licenciement de l'assurée respectivement de son exposition à ladite situation de stress professionnel. En tant qu'ils retiennent des incapacités de travail en 2017 et 2018, ils effectuent de surcroît un examen rétrospectif de la capacité de travail. Or, selon la jurisprudence, les évaluations rétrospectives de la capacité – ou de l'incapacité – de travail sont difficiles et les expertises correspondantes devraient ainsi satisfaire à des exigences plus élevées. Les experts doivent – en tant que de besoin – tenir compte de toutes les sources d'information disponibles, telles que les rapports médicaux des médecins traitants, les anamnèses sociales détaillées des expertisés et des tiers et les dossiers

C-4877/2021 Page 22 complets des assureurs sociaux et des autorités impliqués (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 200/03 du 26 juillet 2004 consid. 4.5 ; arrêt du TAF C-1005/2021 consid. 4.7). Au demeurant, le rapport du 2 novembre 2021 de la psychologue K. \_\_\_\_\_ – produit en procédure de recours – indique qu'à plusieurs reprises en 2018 des consultations auraient eu lieu à la suite d'un épuisement professionnel, la patiente souffrant alors de troubles du sommeil, d'anxiété et de cogitations/ruminations, probablement en lien avec le contexte professionnel. La psychologue ajoute avoir revu l'intéressée pour quelques séances en 2021 et souligne que la patiente va mieux et se dit prête à rentrer progressivement dans la vie active. Pour autant, aucune pièce établie en temps réel susceptible d'étayer des consultations en 2018 et 2021, de quelque nature que ce soit, en raison de troubles psychiques n'est produite au dossier. 8.2.4 Il résulte de ce qui précède que le diagnostic invalidant de burn-out (Z73.0 CIM-10) en lien avec un conflit professionnel, retenu sur la base de facteurs psycho-sociaux, par des médecins qui ne justifient pas de la spécialisation idoine, aux termes de rapports dont la motivation, lacunaire voire contradictoire, n'établit en particulier pas si les critères de la classification sont effectivement remplis, ne l'a ainsi pas été dans les règles de l'art. Les différents certificats des médecins qui suivent (ou ont suivi) la recourante faisant état d'une incapacité de travail quasiment ininterrompue du mois de septembre 2018 au mois de décembre 2021 (cf. ci-dessus, let. B.f et C.d) ne contiennent aucun indice concret objectivement vérifiable quant à la présence et à la persistance d'une maladie psychique de nature à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dépourvus d'informations anamnestiques, ces certificats ne font de surcroît état d'aucun suivi psychothérapeutique régulier ni médicamenteux. Ils ne permettent ainsi nullement de retenir l'existence d'une pathologie psychiatrique invalidante au degré de la vraisemblance prépondérante. A défaut d'une maladie mentale dûment diagnostiquée susceptible d'affecter la capacité de travail de la recourante, il est admissible de se passer d'une procédure d'établissement des faits basée sur des indicateurs (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3). 8.2.5 Dans ces circonstances, le Tribunal ne voit aucune raison de s'écarter, sur le plan psychiatrique, de l'appréciation développée par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans ses rapports SMR. Aussi, bien que le médecin du SMR ne soit pas spécialisé en psychiatrie, est-ce néanmoins à juste titre que l'autorité inférieure a suivi son appréciation déniait l'existence d'un trouble psychiatrique invalidant au sens de l'AI, les pièces médicales présentes au

C-4877/2021 Page 23 dossier permettant d'écarter, au degré de la vraisemblance prépondérante, la présence d'une telle affection. Sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (cf. ci-dessus, consid. 7.1) et dans le respect du principe de la proportionnalité, une instruction complémentaire impliquant notamment la mise en œuvre d'une procédure

structurée d'établissement des faits ne s'impose pas, les diagnostics psychiatriques mentionnés par des médecins non spécialisés en psychiatrie n'ayant pas été posés dans les règles de l'art. Le fardeau de la preuve incombant à l'assurée (cf. notamment ATF 139 V 176, consid. 5.2), cette dernière échoue à prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une affection psychique invalidante, étant rappelé que le conflit professionnel invoqué par les médecins traitants – qui ne peut avoir perduré au-delà de la fin du contrat de travail en date du 31 décembre 2018 (AI pce 11 p. 1) – ne saurait justifier, sans autre motivation, une incapacité de travail, en l'absence de substrat organique – établi par un médecin psychiatre – influençant la capacité de travail de manière autonome (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). Au demeurant, les appréciations contradictoires des Drs H.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ quant au début de l'incapacité de travail pour raisons psychiatriques ne permettent pas de douter de l'inexistence d'une pathologie psychiatrique invalidante au sens de l'AI. Au contraire, de telles incohérences, émanant de médecins non psychiatres, discréditent les appréciations de ces derniers qui, dans leur rôle de médecins traitants, tissent une relation de confiance avec leur patiente, pouvant les amener à dresser des certificats de complaisance (cf. ci-dessus, consid. 7.3.3), étant rappelé, de surcroît, que leur évaluation rétrospective de la capacité de travail n'est pas objectivement vérifiable (cf. ci-dessus, consid. 8.2.3), en l'absence notamment de documents probants – émanant de médecins spécialisés – attestant la présence d'une affection psychiatrique invalidante.

### 8.3 Sur le plan somatique, il est constant que la recourante a subi deux interventions chirurgicales en date des 16 novembre 2018 (ostéotomies en percutané de correction du premier rayon bilatéral ; cf. ci-dessus, let. B.a) et 19 septembre 2019 (ostéotomies percutanées de décharge des 2e, 3e et 4e métatarsiens ; cf. ci-dessus, let. B.d), ayant entraîné des incapacités de travail. Reste à examiner la durée de ces incapacités de travail.

#### 8.3.1 Le chirurgien qui a procédé aux actes médicaux précités – soit le Dr C.\_\_\_\_\_ – a notamment mis en exergue, au sujet de la première intervention, une évolution post-opératoire favorable et une cicatrisation sans complication, en précisant que la recourante peut reprendre la marche en appui complet grâce à des chaussures adaptées. Pour ces raisons, le chirurgien a indiqué un arrêt de travail jusqu'au 9 décembre 2018 (cf. rapport

C-4877/2021 Page 24 du 11 février 2019 [AI pce 26 p. 22] ; ci-dessus, let. B.a). Pour ce qui est de la seconde intervention, le chirurgien a également fait état d'une évolution post-opératoire favorable, le Dr C.\_\_\_\_\_ ayant prescrit un arrêt de travail jusqu'au 19 octobre 2019 à sa patiente, qui a repris la marche en appui complet avec des chaussures à semelles rigides (cf. rapport du 11 décembre 2019 [AI pce 26 p. 8] ; ci-dessus, let. B.d). Par ailleurs, le Dr C.\_\_\_\_\_ souligne de nouveau, dans son rapport du 15 avril 2020 (AI pce 28 ; cf. ci-dessus, let. B.e), l'évolution post-opératoire favorable, mis à part de rares gênes à la station debout prolongée ou lors de certaines activités physiques. Le chirurgien indique également, dans son rapport du 22 juin 2021 (AI pce 46 ; cf. ci-dessus, let. B.h), la présence de douleurs fonctionnelles sporadiques des pieds, entraînant une réduction de rendement dans l'exercice de la dernière activité lucrative, pour laquelle aucune restriction physique n'est mentionnée par le Dr C.\_\_\_\_\_.

#### 8.3.2 Le Tribunal de céans n'a aucun motif pour s'écarter de l'appréciation du médecin qui a opéré la recourante. Aussi convient-il de retenir une première incapacité de travail qui a commencé lors de l'intervention du 16 novembre 2018 et qui a duré au plus tard jusqu'au mois de mars 2019 (cf. notamment certificat médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2018 [AI pce 26 p. 41] et rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ du 5 juillet 2019 faisant état d'une marche correcte dès avril 2019 [AI pce 26

p. 11 ss]), et une seconde incapacité de travail ayant débuté lors de l'intervention du 19 septembre 2019 pour se terminer au plus tard au mois de décembre 2019 (cf. notamment certificat médical du Dr C. \_\_\_\_\_ du 19 novembre 2019 [AI pce 26 p. 24] et ci-dessus, let. B.g). Pour ce qui est de la réduction de rendement mentionnée par le Dr C. \_\_\_\_\_, le Tribunal retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs fonctionnelles sporadiques des pieds ne sont pas de nature à entraîner une réduction de rendement, la recourante pouvant exercer une activité devant un ordonnateur à temps complet, ménageant ses membres inférieurs. En ce qui concerne les certificats des autres médecins de la recourante, retenant une incapacité de travail quasiment sans interruption du mois de septembre 2018 au mois de décembre 2021 (cf. ci-dessus, let. B.f et C.d), ceux-ci ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_. En effet, les certificats en question, se limitant à mentionner des dates d'arrêt de travail, ne précisent aucunement les raisons des incapacités de travailler ni les éventuelles limitations fonctionnelles qui en découlent. Par ailleurs, la recourante, qui a demandé à son médecin traitant d'établir un rapport attestant le lien entre l'arrêt de travail et un événement traumatique d'ordre émotionnel (cf. ci-dessus, let. C.e ; TAF pce 17), met au premier

C-4877/2021 Page 25 plan son affection psychique, qui, comme illustré ci-dessus, n'est pas invalidante. 8.3.3 Au vu de ce qui précède, sur le plan somatique, le Tribunal de céans partage également l'appréciation du médecin du SMR, les pièces médicales présentes au dossier permettant d'écarter, au degré de la vraisemblance prépondérante, la présence d'affections physiques causant une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption de 30 jours consécutifs au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI et 29ter RAI). Par ailleurs, en ce qui concerne l'eczéma (cf. ci-dessus, let. B.i et B.j), qui peut être traité dermatologiquement, cette affection ne restreint pas la capacité de travail de la recourante, cette dernière ne devant pas travailler dans des endroits humides, ce que l'intéressée ne conteste pas. Aussi, disposant d'une formation universitaire, l'assurée est en mesure d'exercer une activité lucrative physiquement légère à 100 %, n'exacerbant pas ses douleurs physiques, tant au niveau des pieds qu'au niveau dorsal. 8.4 Les prises de position du médecin du SMR des 15 février 2021 et 6 septembre 2021 – sur lesquelles se fonde la décision litigieuse – ayant valeur probante, c'est à bon droit que l'autorité inférieure a rejeté la demande de rente d'invalidité de la recourante en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (la recourante ayant travaillé à 100 % avant le début de l'incapacité de travail ; cf. ci-dessus, let. B.b et consid. 6.4), la perte de gain étant nulle, l'assurée pouvant exercer la même activité lucrative que celle qu'elle exerçait avant le début de son incapacité de travail, exceptées deux courtes périodes d'incapacité totale de travailler (cf. ci-dessus, consid. 8.3.2). Par ailleurs, les attestations du Dr C. \_\_\_\_\_ et de Mme L. \_\_\_\_\_ des 17 mars 2022 et 11 avril 2022 (cf. ci-dessus, let. C.e) postérieures à la décision entreprise, dans la mesure où elles doivent être prises en compte car elles portent sur un état de fait antérieur à la date de la décision litigieuse (cf. ci-dessus, consid. 4.2), ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du médecin du SMR, ces attestations se limitant notamment à indiquer des dates de consultations. 9. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 21 septembre 2021 confirmée.

C-4877/2021 Page 26 10. 10.1 Vu l'issue du litige, les frais judiciaires – fixés à Fr. 800. – – sont mis à la charge de la recourante (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont compensés par l'avance de frais du

même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction (TAF pce 14). 10.2 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

C-4877/2021 Page 27

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.