

# **BVGer F-735/2020 vom 5. März 2024**

Bundesverwaltungsgericht, 2024-03-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_F-735\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_F-735_2020)

FR: TAF F-735/2020 du 5 mars 2024

IT: TAF F-735/2020 del 5 marzo 2024

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ledit Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d de cette même loi et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

La procédure devant le TAF 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).

### **E. 1.3**

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. 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, la recourante est domiciliée en France voisine et a travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. consid. A supra), en sorte qu'elle doit être qualifiée de frontalière (cf. également dossier OAI pce 1.7). C'est donc à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations a été menée par l'OAI et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

### **E. 1.4**

L'assurée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et art. 50 al. 1 et 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

### **E. 2**

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 définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, n° 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). En outre, le Tribunal 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 (Moor/Poltier, op. cit., n° 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 et 121 V 204 consid. 6c).

### **E. 3**

L'objet du litige s'inscrit dans le contexte du droit à une rente limitée dans le temps. Vu les conclusions de la recourante, qui réclame implicitement qu'une rente entière lui soit allouée sans limite temporelle, le litige porte sur le droit à une rente entière - en lieu d'une demi-rente - à compter de la fin du délai d'attente et sur le maintien d'une telle rente par-delà le 31 août 2019. A cet égard, le Tribunal relève d'emblée qu'il est incontesté que la recourante, qui a exercé une activité professionnelle en Suisse durant près de 20 ans, réunit la condition légale des cotisations à l'AVS/AI (cf. consid. 4.2 infra). Aussi, est seule litigieuse la question du droit de l'intéressée à des prestations en raison de ses troubles psychiques.

### **E. 4.1**

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, 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 (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Dans le cas d'espèce, la décision attaquée a été rendue le 17 janvier 2020, de sorte qu'il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à cette date. Vu par ailleurs les éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlements n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1] et n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

### **E. 4.2**

Pour prétendre au versement d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, tout assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part, compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI) ; d'autre part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI).

### **E. 4.3**

L'invalidité 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 le 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, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1<sup>e</sup> phr. LPGA). Ainsi, la notion d'invalidité est de nature économique, et non pas médicale (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. 4.4**

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. 4.5**

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 de comparaison des activités 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 (art. 24 septies RAI ; voir notamment arrêt du TAF C-4877/2021 du 11 juillet 2023 consid. 6.4 et les réf. cit.). 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). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA et 5 al. 1 LAI). A teneur de l'art. 28a al. 2 LAI, le taux d'invalidité de tels assurés est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels, à savoir, pour les assurés travaillant dans le ménage, l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 7 al. 2 LAI et art. 27 al. 1 RAI). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité résulte en règle générale d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI), sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (cf. notamment l'arrêt du TAF C-6040/2017 du 16 novembre 2021

consid. 17.1.1). Quant à l'invalidité de la personne qui à la fois exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels, elle est en règle générale évaluée sur la base de la méthode mixte (cf. art. 28a al. 3 LAI et art. 27bis RAI). Les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont tout d'abord déterminées ; le taux d'invalidité est ensuite calculé dans les deux domaines d'activité suivant les deux méthodes susmentionnées (ATF 141 V 15 consid. 3.2 et 137 V 334 consid. 3.1.3), étant précisé que le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps (arrêt du TAF C-4452/2020 du 13 février 2023 consid. 6.4.3). Les taux ainsi obtenus sont ensuite additionnés en tenant compte de la pondération.

#### **E. 4.6**

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (abrogé au 1er janvier 2022 : RO 2021 705), 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. 4.7**

A teneur de 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.

#### **E. 4.8**

Selon l'art. 17 LPGA - applicable par analogie dans les cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (ATF 125 V 413 ; arrêt du TF 9C\_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3) - la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

#### **E. 4.9**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration et, le cas échéant, le Tribunal, doivent s'appuyer sur des documents concluants que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent leur fournir (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). En effet, la tâche des médecins consiste précisément, dans le présent contexte, 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 sur le vu de ses limitations (arrêt du TAF C-6537/2020 du 13 avril 2023 consid. 7.2 et les réf. cit.). Il n'appartient au demeurant 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. 4.10**

En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3). Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs répartis dans les catégories « degré de gravité fonctionnel » (complexes « atteinte à la santé », « personnalité » et « contexte social ») et « cohérence » (limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3 ; arrêt du TAF C-45/2018 du 22 juillet 2020 consid. 8.3). Ainsi, la phase diagnostique doit prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection. Il convient en outre de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418).

#### **E. 4.11**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (cf. parmi d'autres, arrêt du TAF C-3176/2021 du 20 octobre 2023 consid. 4.6).

#### **E. 5**

En l'occurrence, il y a lieu de considérer la documentation médicale qui suit.

#### **E. 5.1**

Dans son premier rapport médical du 9 janvier 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, a formulé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.2), traité par voie psychothérapeutique et psychopharmacologique. Il a considéré que sa patiente était pleinement incapable de travailler depuis le 10 novembre 2017, date de la première consultation (dossier OAI pce 11 p. 5-7). Le Dr F.\_\_\_\_\_ a maintenu ce diagnostic et l'incapacité totale de travail de l'assurée dans ses rapports ultérieurs (dossier OAI pces 15-16, 20-22). Dans un rapport du 9 octobre 2018, le précité a fait état d'une amélioration relative de la symptomatologie (dossier OAI pce 28 p. 2-3).

### **E. 5.2**

Dans une brève expertise du 2 février 2018 ordonnée par C.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre, a rapporté que l'assurée avait été, selon ses dires, « détruite » par son licenciement brutal. La précitée avait indiqué souffrir de troubles du sommeil, de cauchemars en lien avec son précédent emploi, d'une perte d'appétit, d'angoisses, d'épuisement et d'idées suicidaires. Elle avait décrit un quotidien majoritairement sédentaire et dépourvu d'activités sociales ou de loisirs. La Dresse G.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.1/F32.2) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), et estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler. Elle a cependant émis un pronostic prudemment positif et préconisé que la situation soit réévaluée 3 à 4 mois après la mise en place d'un traitement adéquat, soit une intensification du suivi psychothérapeutique et une médication modifiée (dossier OAI pce 11 p. 1-3).

### **E. 5.3**

Dans un rapport d'expertise daté du 9 avril 2019, destiné à l'assureur perte de gain, le Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a exposé que l'intéressée se plaignait de fatigue, d'un manque d'énergie, de maux de tête et, de manière générale, d'un certain mal-être. Elle ne souffrait néanmoins plus d'idées suicidaires et son sommeil s'était amélioré. Au quotidien, elle sortait parfois avec des amies ou avec sa soeur, pour des courses ou une promenade. A titre de hobby, elle lisait des romans ou des journaux, pour une durée n'excédant toutefois pas une heure. Elle était jadis une grande lectrice et écrivait elle-même des romans, mais n'était plus active dans ce domaine. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a relevé que les symptômes identifiés durant l'examen (notamment négativité, anxiété, humeur parfois irritable ou triste, fatigue, sentiment d'inutilité) permettaient de retenir un épisode dépressif. Le degré de gravité de la dépression était actuellement moyen, compte tenu des observations effectuées durant l'examen et du quotidien de l'assurée - qui accomplissait ses tâches quotidiennes sans problème (avec l'aide de son mari), avait des intérêts et disposait d'un fonctionnement psychosocial largement intact. L'expert a ainsi constaté une amélioration des troubles dépressifs, par rapport aux résultats rapportés par la Dresse G.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 5.2 ci-dessus), et retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (CIM-10 : F32.10). Il a également relevé que des examens de laboratoire avaient révélé un surdosage d'un antidépresseur, la Venlafaxine, pouvant expliquer en partie la fatigue dont se plaignait l'intéressée. Cela étant, le Dr I.\_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée était apte à travailler 4 heures par jour dans toute activité, sa capacité de rendement étant entière (dossier OAI pce 38).

### **E. 5.4**

Dans le rapport d'expertise du 20 septembre 2019, commandé par l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée s'était plainte d'un manque de motivation et d'énergie, de fatigabilité et de difficultés de concentration, ainsi que de troubles du sommeil, de maux de tête et, de temps en temps, de douleurs dorsales. Elle ne se voyait pas d'avenir et ne s'imaginait pas reprendre le travail dans son état actuel. Elle avait également précisé avoir pris 6 à 7 kg. L'assurée demeurait sous traitement psychopharmacologique (Venlafaxine 300 mg et Prazepam 10 à 20 mg) et voyait son psychiatre traitant à raison d'une séance toutes les deux semaines. Elle avait cependant évoqué une amélioration de son état et indiqué avoir repris la conduite ; elle se rendait occasionnellement en voiture dans une autre commune pour y faire des courses. Il lui arrivait également de sortir se promener, pour une durée pouvant aller jusqu'à une heure, et de recevoir la visite de sa soeur. Elle lisait en outre beaucoup et était occupée à l'écriture d'un roman. L'expert a considéré que la dépression dont souffrait l'intéressée était largement en rémission et retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 : F33.0). Il a relevé, à cet appui, qu'elle gérait son ménage de manière autonome avec son époux, conduisait, entretenait des contacts sociaux et pratiquait différentes activités. La symptomatologie dépressive constatée lors de l'examen était en outre peu marquée ; l'assurée était apte à réguler adéquatement son humeur, semblait éveillée et consciente, n'avait montré aucun signe de manque de concentration et n'avait pas rapporté d'angoisses ou de pensées obsessionnelles. Des analyses ont par ailleurs révélé une mesure de Venlafaxine (1107) au-dessus des valeurs de référence et un dosage important de benzodiazépines (207 g/l). L'expert a ainsi retenu le diagnostic de dépendance aux benzodiazépines (CIM-10 : F13.25) et souligné que les troubles dont se plaignait l'assurée (troubles du sommeil, fatigabilité accrue, maux de tête) étaient en grande partie imputables à sa médication, qu'il convenait d'interrompre, respectivement de réduire sans attendre. Le psychiatre traitant en a été informé par courriel. Cela étant, le Dr H. \_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail totale avancée n'était pas objectivée d'un point de vue psychiatrique. Aussi, il a considéré que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail de 50% dans toute activité du mois de novembre 2017 au mois d'avril 2019, rien n'indiquant qu'elle ait souffert d'un épisode dépressif majeur. A compter du mois de mai 2019, cette incapacité de travail n'était plus que de 20% ; le Dr I. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 9 avril 2019 (cf. consid. 5.3 supra), n'avait en effet relevé que des résultats psychopathologiques mineurs. L'expert a également estimé que la capacité de travail ne devrait plus être limitée à l'échéance d'un délai de deux mois suivant la correction du traitement psychopharmacologique. Il a enfin retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune limitation dans la tenue de son ménage (dossier OAI pce 40).

## **E. 6**

La documentation médicale précitée appelle les remarques qui suivent.

### **E. 6.1**

Le Tribunal relève tout d'abord que la date retenue au titre du début de l'incapacité de travail est le 10 novembre 2017, soit la date avancée par le psychiatre traitant (respectivement la date de la première consultation ; cf. consid. 5.1 supra). La question de savoir si l'atteinte à la santé ne serait pas plutôt survenue le 18 septembre 2017 - jour du licenciement de l'intéressée - aurait pu se poser, la recourante faisant remonter son mal-être à cette date (cf. notamment dossier OAI pces 1.3 et 11 p. 1). La date du 10 novembre 2017 a néanmoins été reprise sans autre discussion par les différents experts consultés dans cette affaire, la recourante ne la contestant d'ailleurs pas. Le Tribunal ne décèle dès lors aucun motif

suffisamment pertinent pour la remettre en cause l'avis du corps médical (cf. à ce sujet consid. 4.9 supra). Il s'ensuit que le délai d'attente d'une année a commencé à courir en novembre 2017.

## **E. 6.2**

Ensuite, il sied de conférer une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 20 septembre 2019, en tant que le Dr H. \_\_\_\_\_ se prononce sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée au jour de son examen.

### **E. 6.2.1**

Réalisée par un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'expertise est manifestement le fait d'un expert disposant de la formation et des connaissances nécessaires pour se prononcer. Le Dr H. \_\_\_\_\_, qui a disposé de l'ensemble du dossier (cf. rapport ch. 2), a évalué la capacité de travail exigible de la recourante de manière structurée et a donné des réponses à l'aide du catalogue d'indicateurs conçu par le Tribunal fédéral. Ainsi, il a conduit sa propre expertise dans les règles de l'art (cf. rapport ch. 3, 4), formulé des diagnostics et s'est prononcé quant à leurs répercussions sur la capacité de travail, tout en motivant dûment ce résultat (cf. rapport ch. 6, 8.1 s.). En outre, il a dûment analysé les éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic (complexe « atteinte à la santé » ; rapport ch. 3.2.1 s., 3.2.8, 3.2.12, 4) et tenu compte des ressources personnelles et de l'environnement de l'assurée (complexes « personnalité » et « contexte social » ; rapport ch. 3.2.9, 3.2.11, 7.1, 7.4). L'expert a enfin considéré les indicateurs de la catégorie « cohérence », en exposant les raisons pour lesquelles il convenait de se distancer de l'avis exprimé dans les précédents rapports (rapport ch. 6.3, 7.3.3, 8.4). Le rapport d'expertise psychiatrique est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels (cf. consid. 4.10 supra). Sa lecture ne révèle au demeurant aucune contradiction manifeste ou lacune importante, la recourante ne formulant d'ailleurs aucun grief précis pour s'opposer aux conclusions de l'expert.

### **E. 6.2.2**

Les conclusions de l'expert concernant l'état de l'assurée au mois de septembre 2019 apparaissent en outre cohérentes à la lumière des précédents rapports médicaux. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a en effet rapporté, de manière convaincante, une amélioration de la symptomatologie dépressive par rapport à l'expertise d'avril 2019. Ainsi, l'assurée ne s'est plus plainte d'anxiété ou d'irritabilité et a expliqué avoir repris certaines activités, en particulier la conduite et l'écriture - un loisir qu'elle avait indiqué ne plus pratiquer au précédent expert. Le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dresse G. \_\_\_\_\_ avaient en outre formulé des pronostics raisonnablement optimistes - soit considéré que l'intéressée recouvrerait une capacité de travail, à tout le moins partielle, à relativement brève échéance (cf. dossier OAI pces 21 [quelques mois] et 11 [3 à 4 mois]) -, ce qui corrobore également le constat fait par le Dr H. \_\_\_\_\_ en septembre 2019. Il est ainsi cohérent de retenir une capacité de travail de 80% à compter du mois de septembre 2019.

### **E. 6.2.3**

Les documents médicaux produits par la recourante dans le cadre de la présente procédure, établis postérieurement à la décision attaquée, n'y changent rien. S'agissant tout d'abord du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 10 mars 2020, suivant lequel elle demeurerait en totale incapacité de travail, il ne prend pas position sur les expertises des Drs I. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. Il ne se prononce pas davantage sur la problématique du surdosage de Venlafaxine, étant de surcroît relevé qu'à lire ce rapport, ledit dosage serait demeuré

inchangé en 2020 (pce TAF 9 annexe 2). La recourante a ensuite transmis au Tribunal un rapport neurologique du 17 septembre 2020, établi alors qu'elle se plaignait de céphalées intenses, de cervicalgies et d'engourdissements dans les membres supérieurs. Aucun résultat particulier n'a toutefois été révélé à l'examen, la réalisation d'un bilan ayant été préconisée (pce TAF 14 annexe 3). Les résultats d'une IRM cérébrale du 7 novembre 2020 ont enfin été produits, dits résultats se situant cependant « dans les limites de la normale » (pce TAF 14 annexe 2). Force est donc de constater que ces pièces médicales ne contiennent pas de précisions diagnostiques particulières, hormis l'information que la recourante suivait toujours, en 2020, le traitement psychopharmacologique pourtant à l'origine (à tout le moins en partie) de ses maux. Aussi, ces rapports ne sont pas de nature à influencer l'appréciation du cas à la date de la décision attaquée (cf. consid. 4.1 supra).

#### **E. 6.2.4**

Etant donné ce qui précède, le Tribunal fait siennes les conclusions de l'expertise du 20 septembre 2019 en ce qu'elles retiennent une capacité de travail de 80% dès la date de l'examen de l'assuré (le 9 septembre 2019).

#### **E. 6.3**

S'agissant à présent de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée à titre rétroactif, il y a lieu de retenir ce qui suit. L'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_, en ce qu'elle remet en cause l'opinion de ses confrères, n'est pas convaincante. La Dresse G. \_\_\_\_\_ avait en effet fait état, dans son évaluation du 2 février 2018, d'une symptomatologie dépressive considérable, dont des idées suicidaires, ainsi que d'un quotidien quasiment dépourvu d'activités. Consulté en avril 2019, le Dr I. \_\_\_\_\_ n'a pas remis en cause l'appréciation de la précitée, mais constaté une certaine amélioration des troubles, parallèlement à une reprise partielle des activités ménagères et de loisirs. Il est néanmoins relevé, dans son rapport, que l'intéressée était assistée par son époux dans ses tâches quotidiennes, sans davantage de précisions. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a enfin, à son tour, constaté diverses améliorations survenues depuis le mois d'avril 2019. Le fait que l'état de l'assurée a positivement évolué depuis le début de l'atteinte à la santé, en novembre 2017, jusqu'au jour de l'expertise, en septembre 2019, est acquis. Les données contenues dans les rapports d'expertise ne permettent toutefois pas de retenir que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle au début de la période sous examen, le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dresse G. \_\_\_\_\_ soutenant le contraire. Ces données ne permettant pas davantage de supposer que l'amélioration des troubles de l'intéressée aurait été telle qu'elle aurait recouvré une capacité de travail de 80% au printemps 2019, en contradiction avec l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_. Tel est d'autant moins le cas que ce dernier avait identifié certains symptômes (notamment anxiété, humeur parfois irritable ou triste) que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a plus retrouvé au jour de son examen. Ce dernier expert ne peut donc être suivi en ce qui concerne la période antérieure à son rapport, son appréciation divergente n'étant pas suffisamment fondée.

#### **E. 6.4**

Il s'ensuit qu'une pleine incapacité de travail doit être reconnue à l'assurée pour la période du 10 novembre 2017 au 2 avril 2019. A compter du 3 avril 2019 - jour de l'examen par le Dr I. \_\_\_\_\_ - elle a présenté une incapacité de travail de 50% jusqu'au 8 septembre 2019, suite à quoi son incapacité de travail n'était plus que de 20% avec possibilité de recouvrer une pleine capacité de travail deux mois après la correction de la médication psychiatrique.

#### **E. 7**

Il reste à se prononcer sur le taux d'invalidité de l'assurée.

### **E. 7.1**

A titre liminaire, il sied de préciser que doivent être distinguées ici trois périodes. Tout d'abord, l'assurée a présenté une incapacité totale de travail à compter de la fin du délai d'attente, le 1er novembre 2018. Ensuite, l'intéressée a recouvré une capacité de travail de 50% dès le mois d'avril 2019, dont il doit être tenu compte à l'échéance d'un délai de trois mois (art. 88a al. 1 RAI), soit à partir du 1er août 2019. Enfin, elle a présenté une capacité de travail de 80% dès le mois de septembre 2019, dont il faut également tenir compte après l'observation d'un délai de trois mois, à savoir dès le 1er janvier 2020.

### **E. 7.2**

Cela étant précisé, l'autorité inférieure a appliqué la méthode mixte, ce que la recourante n'a pas contesté et ce qui est au demeurant conforme à ses propres déclarations. L'intéressée - qui exerçait une activité lucrative à temps partiel (80%) avant le début de son incapacité de travail - avait en effet indiqué, dans un questionnaire du 14 janvier 2019, qu'elle travaillerait à 80% si son état de santé le lui permettait (dossier OAI pce 30 p. 4). Il convient donc de calculer le taux d'invalidité de l'intéressée dans les deux domaines d'activité (professionnelle et ménagère), puis de procéder à une pondération.

### **E. 7.3**

S'agissant de la part active, il a été établi que la recourante était totalement incapable de travailler durant la première période sous examen, soit du 1er novembre 2018 au 31 juillet 2019. L'assurée était donc en incapacité de gain totale, correspondant à un taux d'invalidité de 100%. Il sied ensuite de procéder à une comparaison des revenus pour la période allant du 1er août au 31 décembre 2019, à l'aune d'une capacité de travail de 50% dans toute activité. L'on peut s'en remettre en principe au calcul du salaire sans invalidité de l'autorité inférieure, qui l'a établi sur la base du dernier revenu annuel de la recourante, soit 75'075 francs à plein temps (cf. dossier OAI pce 10). Il convient en outre de tenir compte de l'évolution du salaire nominal jusqu'en 2019 (2018 : -0,1% ; 2019 : 0,4%), soit de retenir un salaire sans invalidité de 75'300 francs. Quant au revenu d'invalidité, on peut se référer au revenu de l'ESS 2018 à la table TA1 (total femmes, niveau de compétences 1, avec conversion de 40 à 41,7 heures hebdomadaires, plus évolution du salaire nominal jusqu'en 2019 de 1,01%) et retenir un salaire de 27'617 francs pour un taux de 50%. L'OAIE avait au surplus renoncé à effectuer un abattement, estimant que la réduction du taux d'activité tenait déjà compte des limitations de l'assurée et que la recourante ne présentait pas d'autres caractéristiques susceptibles d'avoir une incidence sur son revenu. Ce procédé ne prête pas le flanc à la critique et peut être suivi. Il en résulte un taux d'invalidité de 63,32% ( $\frac{75'300 - 27'617}{75'300} \times 100$ ). S'agissant enfin du degré d'invalidité pour l'année 2020, il sied de procéder de la même manière, soit de comparer le précédent revenu de l'intéressée, (plus évolution des salaires nominaux jusqu'en 2020, 2018 : -0,1% ; 2019 : 0,4% ; 2020 : 1%), 76'053 francs à plein temps, à un revenu statistique de 42'794 francs (table TA1 2020, total femmes, niveau de compétences 1, avec conversion de 40 à 41,7 heures hebdomadaires) pour un taux de 80%, sans abattement. Il en résulte un degré d'invalidité de 43,73% ( $\frac{76'053 - 42'794}{76'053} \times 100$ ).

### **E. 7.4**

En ce qui concerne les empêchements dans l'accomplissement des tâches ménagères, l'OAIE s'est fondée sur une enquête ménagère réalisée au domicile de l'assurée le 1er février

2019. Aucune erreur manifeste n'est à relever dans les résultats de l'enquête, consignés dans le rapport du 6 février 2019, les calculs étant corrects (dossier OAI pce 31). Le total des empêchements ménagers de 5% retenu par l'autorité inférieure n'est dès lors pas critiquable. Cela étant, le Dr H. \_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise, a considéré que l'assurée était pleinement apte à s'occuper de son ménage (cf. dossier OAI pce 40 p. 18). Comme on l'a vu, il n'y a pas lieu de remettre en question cette appréciation, en sorte qu'aucun empêchement ménager ne sera retenu par-delà le mois de septembre 2019. On relèvera que ce point ne joue de toute façon aucun rôle déterminant.

#### **E. 7.5**

Il résulte d'une pondération des deux domaines d'activité que la recourante a présenté : - un taux d'invalidité de 81% à compter du 1er novembre 2018, le calcul étant effectué comme suit : incapacité de gain pondérée de 80% ( $[80 \times 100] : 100$ ) respectivement de 1% dans les activités ménagères ( $[20 \times 5] : 100$ ) ; il s'ensuit un taux d'invalidité global de  $80 + 1$ , - un taux d'invalidité de 51,66% dès le 1er août 2019 ; donnée à la base du calcul : incapacité de gain pondérée de 50.66% ( $[80 \times 63,32] : 100$ ) respectivement de 1% dans les activités ménagères ( $[20 \times 5] : 100$ ) ; il s'ensuit un taux d'invalidité global de  $50.66 + 1$ , - et enfin un taux d'invalidité de 34,98% à partir du 1er janvier 2020 ; donnée à la base du calcul : incapacité de gain pondérée de 34.98% ( $[80 \times 43,73] : 100$ ) respectivement de 0% dans les activités ménagères. Considérant les degrés d'invalidité successivement présentés par l'intéressée, elle a droit à une rente entière dès le 1er novembre 2018, puis à une demi-rente à compter du 1er août 2019. Elle ne dispose en revanche plus d'un droit à une rente d'invalidité par-delà le 31 décembre 2019, faute d'un degré d'invalidité suffisant (art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 7.6**

En conséquence, le recours doit être partiellement admis dans le sens du considérant qui précède.

#### **E. 8.1**

La présente procédure est soumise à des frais de procédure fixés, compte tenu de la charge de travail liée à la présente cause, à 800 francs (art. 63 al. 1 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] ; voir également l'art. 69 al. 1bis et 2 LAI). La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, doit s'acquitter de frais de procédure réduits de 600 francs. Ce montant sera prélevé sur l'avance de frais déjà versée de 800 francs. Le solde de 200 francs lui sera restitué une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

#### **E. 8.2**

La recourante a été représentée par un mandataire jusqu'au 23 février 2023 (cf. consid. C.f). Ledit mandataire n'a néanmoins pas déposé d'écriture motivée, l'intéressée n'ayant pas allégué, ni a fortiori démontré avoir dû supporter des frais indispensables et relativement élevés. En conséquence, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 2 et al. 4 FITAF).

#### **E. 12**

décembre 2018, qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible, si bien que le droit à une rente allait être examiné (dossier OAI pce 24). B.d Retenant un statut mixte (80% part

active, 20% part ménagère), l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une enquête ménagère (dossier OAI pces 27, 29 et 32), qui a été menée au domicile de l'assurée le 1er février 2019. Le rapport du 6 février 2019 a révélé un total des empêchements de 5% depuis le mois de novembre 2017 (dossier OAI pce 31). B.e Invité à se déterminer quant à la suite de la procédure et aux éventuelles clarifications complémentaires à entreprendre, le Service médical régional (ci-après : le SMR) a estimé le 6 mai 2019 que le diagnostic précis et la capacité de travail exigible n'étaient pas clairs ; il a notamment relevé que la réévaluation demandée par la Dresse G.\_\_\_\_\_ n'avait apparemment pas eu lieu, qu'il ignorait si le traitement psychiatrique avait été optimisé dans le sens des recommandations de la précitée et qu'il ne comprenait pas la persistance de l'incapacité totale de travail. Le SMR a en conséquence préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (dossier OAI pce 34). Aussi, l'OAI a informé l'intéressée, sous pli du 16 mai 2019, qu'une telle expertise allait être ordonnée, le mandat étant confié au Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH (dossier OAI pce 37). B.f Le 17 mai 2019, l'OAI a reçu une copie actualisée des pièces du dossier de l'assureur perte de gain. Il est apparu que ce dernier avait mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 9 avril 2019, le précité a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (CIM-10 : F32.10) et considéré que l'assurée était apte à travailler 4 heures par jour dans toute activité (dossier OAI pce 38).

F-735/2020 Page 4 B.g L'expertise ordonnée par l'OAI a été effectuée en date du 9 septembre 2019 par le Dr H.\_\_\_\_\_. Daté du lendemain, le rapport d'expertise retient comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 : F33.0) ; en tant que diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un syndrome de dépendance aux benzodiazépines (CIM-10 : F13.25). Le Dr H.\_\_\_\_\_ a conclu que la capacité de travail de l'intéressée était de 50% du mois de novembre 2017 au mois d'avril 2019, puis de 80% dès le mois de mai 2019 dans toute activité. L'expert a enfin retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune limitation dans la tenue de son ménage (dossier OAI pce 40). B.h Dans une prise de position du 26 septembre 2019, le SMR a recommandé de suivre les conclusions de l'expertise (dossier OAI pce 42). B.i Par projet de décision du 23 octobre 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2018, puis de supprimer le droit à la rente dès le 1er septembre 2019. S'appuyant sur le rapport d'enquête ménagère et le rapport d'expertise, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 52% au terme du délai d'attente d'une année justifiant le versement d'une demi-rente d'invalidité. Il a ensuite considéré que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré dès la fin du printemps 2019, le taux d'invalidité retenu dès alors, soit 34%, étant insuffisant pour fonder le droit à une rente. Il en a conclu qu'il n'y aurait plus de droit à la rente sitôt échue la période transitoire légale de trois mois, soit à compter du 1er septembre 2019 (dossier OAI pce 43). B.j Sous pli du 12 novembre 2019, l'assurée, par l'entremise de son mandataire, s'est opposée au projet de décision susmentionné en indiquant qu'elle demeurait sous traitement et que son état ne s'était pas amélioré (dossier OAI pce 47). Le 5 décembre 2019, l'intéressée a produit un rapport de son psychiatre traitant du 21 novembre 2019, suivant lequel elle souffrait d'une pathologie psychiatrique majeure justifiant la prescription d'un arrêt de travail complet (dossier OAI pces 49 et 52). B.k Invité à se déterminer sur le rapport précité, le SMR a estimé le

décembre 2019 qu'il ne révélait pas de nouvelles constatations médicales objectives. Aussi, il a maintenu sa précédente prise de position (dossier OAI pce 54). B.1 Par décision du 17 janvier 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure), reprenant la motivation du projet de décision de l'OAI, a alloué à l'assurée

F-735/2020 Page 5 une demi-rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2018, puis supprimé le droit à la rente dès le 1er septembre 2019 (dossier OAI pce 58). C. C.a En date du 7 février 2020 (date du timbre postal), l'assurée, par l'entremise de son mandataire, a déféré la décision précitée au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le TAF ou le Tribunal), concluant en substance à l'octroi d'une rente entière illimitée (pce TAF 1). C.b Dans son préavis du 17 avril 2020, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, renvoyant à la prise de position de l'OAI jointe à son envoi (pce TAF 6). C.c Invitée à répliquer, la recourante a produit le 9 juin 2020 un rapport médical de son médecin psychiatre, daté du 10 mars 2020 (pce TAF 9). C.d Par duplique du 12 août 2020, l'OAIE s'est pour l'essentiel référée à son préavis et a confirmé conclure au rejet du recours (pce TAF 11). C.e Le 15 février 2021, la recourante a produit un rapport d'IRM du 7 novembre 2020 et le résultat d'un examen neurologique du 17 septembre 2020 (pce TAF 14). C.f En date du 23 janvier 2023, le mandataire de l'assurée a informé le TAF de la fermeture définitive de son bureau, respectivement du terme du mandat (pce TAF 16). C.g Le 6 juillet 2023, le Tribunal a communiqué aux parties que la Cour VI était désormais compétente pour le traitement de la procédure, qui porterait dès alors le numéro de référence F-735/2020. D. Les autres faits et arguments des parties seront repris, pour autant que nécessaire, dans les considérants en droit ci-après. Droit : 1. 1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ledit Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d de cette même loi 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

F-735/2020 Page 6 recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE. 1.2 La procédure devant le TAF 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). 1.3 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. 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, la recourante est domiciliée en France voisine et a travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. consid. A supra), en sorte qu'elle doit être qualifiée de frontalière (cf. également dossier OAI pce 1.7). C'est donc à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations a été menée par l'OAI et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE. 1.4 L'assurée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et art. 50 al. 1 et 52 al. 1 PA), le recours est recevable. 2. 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 définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, n° 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). En outre, le Tribunal 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 (MOOR/POLTIER, op. cit., n° 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 et 121 V 204 consid. 6c).

F-735/2020 Page 7 3. L'objet du litige s'inscrit dans le contexte du droit à une rente limitée dans le temps. Vu les conclusions de la recourante, qui réclame implicitement qu'une rente entière lui soit allouée sans limite temporelle, le litige porte sur le droit à une rente entière – en lieu d'une demi-rente – à compter de la fin du délai d'attente et sur le maintien d'une telle rente par-delà le 31 août 2019. A cet égard, le Tribunal relève d'emblée qu'il est incontesté que la recourante, qui a exercé une activité professionnelle en Suisse durant près de 20 ans, réunit la condition légale des cotisations à l'AVS/AI (cf. consid. 4.2 infra). Aussi, est seule litigieuse la question du droit de l'intéressée à des prestations en raison de ses troubles psychiques. 4. 4.1 Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, 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 (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Dans le cas d'espèce, la décision attaquée a été rendue le 17 janvier 2020, de sorte qu'il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à cette date. Vu par ailleurs les éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlements n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1] et n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 4.2 Pour prétendre au versement d'une rente ordinaire de l'assurance- invalidité suisse, tout assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part, compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI) ; d'autre part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI).

F-735/2020 Page 8 4.3 L'invalidité 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 le 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, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1<sup>er</sup> phr. LPGA). Ainsi, la notion d'invalidité est de nature économique, et non pas médicale (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).

4.4 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).

4.5 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 de comparaison des activités 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 (art. 24 septies RAI ; voir notamment arrêt du TAF C-4877/2021 du 11 juillet 2023 consid. 6.4 et les réf. cit.). 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

F-735/2020 Page 9 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). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA et 5 al. 1 LAI). A teneur de l'art. 28a al. 2 LAI, le taux d'invalidité de tels assurés est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels, à savoir, pour les assurés travaillant dans le ménage, l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 7 al. 2 LAI et art. 27 al. 1 RAI). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité résulte en règle générale d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI), sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (cf. notamment l'arrêt du TAF C-6040/2017 du 16 novembre 2021 consid. 17.1.1). Quant à l'invalidité de la personne qui à la fois exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels, elle est en règle générale évaluée sur la base de la méthode mixte (cf. art. 28a al. 3 LAI et art. 27bis RAI). Les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont tout d'abord déterminées ; le taux d'invalidité est ensuite calculé dans les deux domaines d'activité suivant les deux méthodes susmentionnées (ATF 141 V 15 consid. 3.2 et 137 V 334 consid. 3.1.3), étant précisé que le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein

temps (arrêt du TAF C-4452/2020 du 13 février 2023 consid. 6.4.3). Les taux ainsi obtenus sont ensuite additionnés en tenant compte de la pondération. 4.6 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (abrogé au 1er janvier 2022 : RO 2021 705), 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.

F-735/2020 Page 10 4.7 A teneur de 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. 4.8 Selon l'art. 17 LPGA – applicable par analogie dans les cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (ATF 125 V 413 ; arrêt du TF 9C\_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3) – la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre. 4.9 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration et, le cas échéant, le Tribunal, doivent s'appuyer sur des documents concluants que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent leur fournir (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). En effet, la tâche des médecins consiste précisément, dans le présent contexte, 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 sur le vu de ses limitations (arrêt du TAF C-6537/2020 du 13 avril 2023 consid. 7.2 et les réf. cit.). Il n'appartient au demeurant 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). 4.10 En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3).

F-735/2020 Page 11 Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs répartis dans les catégories « degré de gravité fonctionnel » (complexes « atteinte à la santé », « personnalité » et « contexte social ») et « cohérence » (limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du

traitement et de la réadaptation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3 ; arrêt du TAF C-45/2018 du 22 juillet 2020 consid. 8.3). Ainsi, la phase diagnostique doit prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection. Il convient en outre de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418). 4.11 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (cf. parmi d'autres, arrêt du TAF C-3176/2021 du 20 octobre 2023 consid. 4.6).

F-735/2020 Page 12 5. En l'occurrence, il y a lieu de considérer la documentation médicale qui suit.

5.1 Dans son premier rapport médical du 9 janvier 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, a formulé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.2), traité par voie psychothérapeutique et psychopharmacologique. Il a considéré que sa patiente était pleinement incapable de travailler depuis le 10 novembre 2017, date de la première consultation (dossier OAI pce 11 p. 5-7). Le Dr F.\_\_\_\_\_ a maintenu ce diagnostic et l'incapacité totale de travail de l'assurée dans ses rapports ultérieurs (dossier OAI pces 15-16, 20-22). Dans un rapport du 9 octobre 2018, le précité a fait état d'une amélioration relative de la symptomatologie (dossier OAI pce 28 p. 2-3). 5.2 Dans une brève expertise du 2 février 2018 ordonnée par C.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre, a rapporté que l'assurée avait été, selon ses dires, « détruite » par son licenciement brutal. La précitée avait indiqué souffrir de troubles du sommeil, de cauchemars en lien avec son précédent emploi, d'une perte d'appétit, d'angoisses, d'épuisement et d'idées suicidaires. Elle avait décrit un quotidien majoritairement sédentaire et dépourvu d'activités sociales ou de loisirs. La Dresse G.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.1/F32.2) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), et estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler. Elle a cependant émis un pronostic prudemment positif et préconisé que la situation soit réévaluée 3 à 4 mois après la mise en place d'un traitement adéquat, soit une intensification du suivi psychothérapeutique

et une médication modifiée (dossier OAI pce 11 p. 1-3). 5.3 Dans un rapport d'expertise daté du 9 avril 2019, destiné à l'assureur perte de gain, le Dr I. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a exposé que l'intéressée se plaignait de fatigue, d'un manque d'énergie, de maux de tête et, de manière générale, d'un certain mal-être. Elle ne souffrait néanmoins plus d'idées suicidaires et son sommeil s'était amélioré. Au quotidien, elle sortait parfois avec des amies ou avec sa sœur, pour des courses ou une promenade. A titre de hobby, elle lisait des romans ou des journaux, pour une durée n'excédant toutefois pas une heure. Elle était jadis une grande lectrice et écrivait elle-même des romans, mais n'était plus active dans ce domaine.

F-735/2020 Page 13 Le Dr I. \_\_\_\_\_ a relevé que les symptômes identifiés durant l'examen (notamment négativité, anxiété, humeur parfois irritable ou triste, fatigue, sentiment d'inutilité) permettaient de retenir un épisode dépressif. Le degré de gravité de la dépression était actuellement moyen, compte tenu des observations effectuées durant l'examen et du quotidien de l'assurée – qui accomplissait ses tâches quotidiennes sans problème (avec l'aide de son mari), avait des intérêts et disposait d'un fonctionnement psychosocial largement intact. L'expert a ainsi constaté une amélioration des troubles dépressifs, par rapport aux résultats rapportés par la Dresse G. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 5.2 ci-dessus), et retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (CIM-10 : F32.10). Il a également relevé que des examens de laboratoire avaient révélé un surdosage d'un antidépresseur, la Venlafaxine, pouvant expliquer en partie la fatigue dont se plaignait l'intéressée. Cela étant, le Dr I. \_\_\_\_\_ a considéré que l'assurée était apte à travailler 4 heures par jour dans toute activité, sa capacité de rendement étant entière (dossier OAI pce 38). 5.4 Dans le rapport d'expertise du 20 septembre 2019, commandé par l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée s'était plainte d'un manque de motivation et d'énergie, de fatigabilité et de difficultés de concentration, ainsi que de troubles du sommeil, de maux de tête et, de temps en temps, de douleurs dorsales. Elle ne se voyait pas d'avenir et ne s'imaginait pas reprendre le travail dans son état actuel. Elle avait également précisé avoir pris 6 à 7 kg. L'assurée demeurait sous traitement psychopharmacologique (Venlafaxine 300 mg et Prazepam 10 à 20 mg) et voyait son psychiatre traitant à raison d'une séance toutes les deux semaines. Elle avait cependant évoqué une amélioration de son état et indiqué avoir repris la conduite ; elle se rendait occasionnellement en voiture dans une autre commune pour y faire des courses. Il lui arrivait également de sortir se promener, pour une durée pouvant aller jusqu'à une heure, et de recevoir la visite de sa sœur. Elle lisait en outre beaucoup et était occupée à l'écriture d'un roman. L'expert a considéré que la dépression dont souffrait l'intéressée était largement en rémission et retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 : F33.0). Il a relevé, à cet appui, qu'elle gérait son ménage de manière autonome avec son époux, conduisait, entretenait des contacts sociaux et pratiquait différentes activités. La symptomatologie dépressive constatée lors de l'examen était en outre peu marquée ; l'assurée était apte à réguler adéquatement son humeur, semblait éveillée et consciente, n'avait montré aucun signe de manque de concentration et n'avait pas rapporté d'angoisses ou de

F-735/2020 Page 14 pensées obsessionnelles. Des analyses ont par ailleurs révélé une mesure de Venlafaxine (1107) au-dessus des valeurs de référence et un dosage important de benzodiazépines (207 µg/l). L'expert a ainsi retenu le diagnostic de dépendance aux benzodiazépines (CIM-10 : F13.25) et souligné que les troubles dont se plaignait l'assurée (troubles du sommeil, fatigabilité accrue, maux de tête) étaient en grande partie imputables

à sa médication, qu'il convenait d'interrompre, respectivement de réduire sans attendre. Le psychiatre traitant en a été informé par courriel. Cela étant, le Dr H. \_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail totale avancée n'était pas objectivée d'un point de vue psychiatrique. Aussi, il a considéré que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail de 50% dans toute activité du mois de novembre 2017 au mois d'avril 2019, rien n'indiquant qu'elle ait souffert d'un épisode dépressif majeur. A compter du mois de mai 2019, cette incapacité de travail n'était plus que de 20% ; le Dr I. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 9 avril 2019 (cf. consid. 5.3 supra), n'avait en effet relevé que des résultats psychopathologiques mineurs. L'expert a également estimé que la capacité de travail ne devrait plus être limitée à l'échéance d'un délai de deux mois suivant la correction du traitement psychopharmacologique. Il a enfin retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune limitation dans la tenue de son ménage (dossier OAI pce 40). 6. La documentation médicale précitée appelle les remarques qui suivent. 6.1 Le Tribunal relève tout d'abord que la date retenue au titre du début de l'incapacité de travail est le 10 novembre 2017, soit la date avancée par le psychiatre traitant (respectivement la date de la première consultation ; cf. consid. 5.1 supra). La question de savoir si l'atteinte à la santé ne serait pas plutôt survenue le 18 septembre 2017 – jour du licenciement de l'intéressée – aurait pu se poser, la recourante faisant remonter son mal- être à cette date (cf. notamment dossier OAI pces 1.3 et 11 p. 1). La date du 10 novembre 2017 a néanmoins été reprise sans autre discussion par les différents experts consultés dans cette affaire, la recourante ne la contestant d'ailleurs pas. Le Tribunal ne décèle dès lors aucun motif suffisamment pertinent pour la remettre en cause l'avis du corps médical (cf. à ce sujet consid. 4.9 supra). Il s'ensuit que le délai d'attente d'une année a commencé à courir en novembre 2017. 6.2 Ensuite, il sied de conférer une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 20 septembre 2019, en tant que le Dr H. \_\_\_\_\_ se

F-735/2020 Page 15 prononce sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée au jour de son examen. 6.2.1 Réalisée par un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'expertise est manifestement le fait d'un expert disposant de la formation et des connaissances nécessaires pour se prononcer. Le Dr H. \_\_\_\_\_, qui a disposé de l'ensemble du dossier (cf. rapport ch. 2), a évalué la capacité de travail exigible de la recourante de manière structurée et a donné des réponses à l'aide du catalogue d'indicateurs conçu par le Tribunal fédéral. Ainsi, il a conduit sa propre expertise dans les règles de l'art (cf. rapport ch. 3, 4), formulé des diagnostics et s'est prononcé quant à leurs répercussions sur la capacité de travail, tout en motivant dûment ce résultat (cf. rapport ch. 6, 8.1 s.). En outre, il a dûment analysé les éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic (complexe « atteinte à la santé » ; rapport ch. 3.2.1 s., 3.2.8, 3.2.12, 4) et tenu compte des ressources personnelles et de l'environnement de l'assurée (complexes « personnalité » et « contexte social » ; rapport ch. 3.2.9, 3.2.11, 7.1, 7.4). L'expert a enfin considéré les indicateurs de la catégorie « cohérence », en exposant les raisons pour lesquelles il convenait de se distancer de l'avis exprimé dans les précédents rapports (rapport ch. 6.3, 7.3.3, 8.4). Le rapport d'expertise psychiatrique est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels (cf. consid. 4.10 supra). Sa lecture ne révèle au demeurant aucune contradiction manifeste ou lacune importante, la recourante ne formulant d'ailleurs aucun grief précis pour s'opposer aux conclusions de l'expert. 6.2.2 Les conclusions de l'expert concernant l'état de l'assurée au mois de septembre 2019 apparaissent en outre cohérentes à la lumière des précédents rapports médicaux. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a en effet rapporté, de manière convaincante, une amélioration de la symptomatologie dépressive par rapport à

l'expertise d'avril 2019. Ainsi, l'assurée ne s'est plus plainte d'anxiété ou d'irritabilité et a expliqué avoir repris certaines activités, en particulier la conduite et l'écriture – un loisir qu'elle avait indiqué ne plus pratiquer au précédent expert. Le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dresse G. \_\_\_\_\_ avaient en outre formulé des pronostics raisonnablement optimistes – soit considéré que l'intéressée recouvrerait une capacité de travail, à tout le moins partielle, à relativement brève échéance (cf. dossier OAI pces 21 [quelques mois] et 11 [3 à 4 mois]) –, ce qui corrobore également le constat fait par le Dr H. \_\_\_\_\_ en septembre 2019. Il est ainsi cohérent de retenir une capacité de travail de 80% à compter du mois de septembre 2019.

F-735/2020 Page 16 6.2.3 Les documents médicaux produits par la recourante dans le cadre de la présente procédure, établis postérieurement à la décision attaquée, n'y changent rien. S'agissant tout d'abord du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 10 mars 2020, suivant lequel elle demeurerait en totale incapacité de travail, il ne prend pas position sur les expertises des Drs I. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. Il ne se prononce pas davantage sur la problématique du surdosage de Venlafaxine, étant de surcroît relevé qu'à lire ce rapport, ledit dosage serait demeuré inchangé en 2020 (pce TAF 9 annexe 2). La recourante a ensuite transmis au Tribunal un rapport neurologique du

#### **E. 17**

septembre 2020, établi alors qu'elle se plaignait de céphalées intenses, de cervicalgies et d'engourdissements dans les membres supérieurs. Aucun résultat particulier n'a toutefois été révélé à l'examen, la réalisation d'un bilan ayant été préconisée (pce TAF 14 annexe 3). Les résultats d'une IRM cérébrale du 7 novembre 2020 ont enfin été produits, dits résultats se situant cependant « dans les limites de la normale » (pce TAF 14 annexe 2). Force est donc de constater que ces pièces médicales ne contiennent pas de précisions diagnostiques particulières, hormis l'information que la recourante suivait toujours, en 2020, le traitement psychopharmacologique pourtant à l'origine (à tout le moins en partie) de ses maux. Aussi, ces rapports ne sont pas de nature à influencer l'appréciation du cas à la date de la décision attaquée (cf. consid. 4.1 supra). 6.2.4 Etant donné ce qui précède, le Tribunal fait siennes les conclusions de l'expertise du 20 septembre 2019 en ce qu'elles retiennent une capacité de travail de 80% dès la date de l'examen de l'assuré (le 9 septembre 2019). 6.3 S'agissant à présent de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée à titre rétroactif, il y a lieu de retenir ce qui suit. L'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_, en ce qu'elle remet en cause l'opinion de ses confrères, n'est pas convaincante. La Dresse G. \_\_\_\_\_ avait en effet fait état, dans son évaluation du 2 février 2018, d'une symptomatologie dépressive considérable, dont des idées suicidaires, ainsi que d'un quotidien quasiment dépourvu d'activités. Consulté en avril 2019, le Dr I. \_\_\_\_\_ n'a pas remis en cause l'appréciation de la précitée, mais constaté une certaine amélioration des troubles, parallèlement à une reprise partielle des activités ménagères et de loisirs. Il est néanmoins relevé, dans son rapport, que l'intéressée était assistée par son époux dans ses tâches quotidiennes, sans davantage de précisions. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a enfin, à

F-735/2020 Page 17 son tour, constaté diverses améliorations survenues depuis le mois d'avril 2019. Le fait que l'état de l'assurée a positivement évolué depuis le début de l'atteinte à la santé, en novembre 2017, jusqu'au jour de l'expertise, en septembre 2019, est acquis. Les données contenues dans les rapports d'expertise ne permettent toutefois pas de retenir que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle au début de la période sous examen, le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dresse G. \_\_\_\_\_ soutenant le contraire. Ces données

ne permettant pas davantage de supposer que l'amélioration des troubles de l'intéressée aurait été telle qu'elle aurait recouvré une capacité de travail de 80% au printemps 2019, en contradiction avec l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_. Tel est d'autant moins le cas que ce dernier avait identifié certains symptômes (notamment anxiété, humeur parfois irritable ou triste) que le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a plus retrouvé au jour de son examen. Ce dernier expert ne peut donc être suivi en ce qui concerne la période antérieure à son rapport, son appréciation divergente n'étant pas suffisamment fondée. 6.4 Il s'ensuit qu'une pleine incapacité de travail doit être reconnue à l'assurée pour la période du 10 novembre 2017 au 2 avril 2019. A compter du 3 avril 2019 – jour de l'examen par le Dr I.\_\_\_\_\_ – elle a présenté une incapacité de travail de 50% jusqu'au 8 septembre 2019, suite à quoi son incapacité de travail n'était plus que de 20% avec possibilité de recouvrer une pleine capacité de travail deux mois après la correction de la médication psychiatrique. 7. Il reste à se prononcer sur le taux d'invalidité de l'assurée. 7.1 A titre liminaire, il sied de préciser que doivent être distinguées ici trois périodes. Tout d'abord, l'assurée a présenté une incapacité totale de travail à compter de la fin du délai d'attente, le 1er novembre 2018. Ensuite, l'intéressée a recouvré une capacité de travail de 50% dès le mois d'avril 2019, dont il doit être tenu compte à l'échéance d'un délai de trois mois (art. 88a al. 1 RAI), soit à partir du 1er août 2019. Enfin, elle a présenté une capacité de travail de 80% dès le mois de septembre 2019, dont il faut également tenir compte après l'observation d'un délai de trois mois, à savoir dès le 1er janvier 2020. 7.2 Cela étant précisé, l'autorité inférieure a appliqué la méthode mixte, ce que la recourante n'a pas contesté et ce qui est au demeurant conforme à ses propres déclarations. L'intéressée – qui exerçait une activité lucrative

F-735/2020 Page 18 à temps partiel (80%) avant le début de son incapacité de travail – avait en effet indiqué, dans un questionnaire du 14 janvier 2019, qu'elle travaillerait à 80% si son état de santé le lui permettait (dossier OAI pce 30 p. 4). Il convient donc de calculer le taux d'invalidité de l'intéressée dans les deux domaines d'activité (professionnelle et ménagère), puis de procéder à une pondération. 7.3 S'agissant de la part active, il a été établi que la recourante était totalement incapable de travailler durant la première période sous examen, soit du 1er novembre 2018 au 31 juillet 2019. L'assurée était donc en incapacité de gain totale, correspondant à un taux d'invalidité de 100%. Il sied ensuite de procéder à une comparaison des revenus pour la période allant du 1er août au 31 décembre 2019, à l'aune d'une capacité de travail de 50% dans toute activité. L'on peut s'en remettre en principe au calcul du salaire sans invalidité de l'autorité inférieure, qui l'a établi sur la base du dernier revenu annuel de la recourante, soit 75'075 francs à plein temps (cf. dossier OAI pce 10). Il convient en outre de tenir compte de l'évolution du salaire nominal jusqu'en 2019 (2018 : -0,1% ; 2019 : 0,4%), soit de retenir un salaire sans invalidité de 75'300 francs. Quant au revenu d'invalidé, on peut se référer au revenu de l'ESS 2018 à la table TA1 (total femmes, niveau de compétences 1, avec conversion de 40 à 41,7 heures hebdomadaires, plus évolution du salaire nominal jusqu'en 2019 de 1,01%) et retenir un salaire de 27'617 francs pour un taux de 50%. L'OAIE avait au surplus renoncé à effectuer un abattement, estimant que la réduction du taux d'activité tenait déjà compte des limitations de l'assurée et que la recourante ne présentait pas d'autres caractéristiques susceptibles d'avoir une incidence sur son revenu. Ce procédé ne prête pas le flanc à la critique et peut être suivi. Il en résulte un taux d'invalidité de 63,32% ( $\frac{[75'300 - 27'617] \times 100}{75'300}$ ). S'agissant enfin du degré d'invalidité pour l'année 2020, il sied de procéder de la même manière, soit de comparer le précédent revenu de l'intéressée, (plus évolution des salaires nominaux jusqu'en 2020, 2018 : -0,1% ; 2019 : 0,4% ; 2020 : 1%), 76'053 francs à plein temps, à un revenu statistique de

42'794 francs (table TA1 2020, total femmes, niveau de compétences 1, avec conversion de 40 à 41,7 heures hebdomadaires) pour un taux de 80%, sans abattement. Il en résulte un degré d'invalidité de 43,73% ( $\frac{\{76'053 - 42'794\} \times 100}{76'053}$ ). 7.4 En ce qui concerne les empêchements dans l'accomplissement des tâches ménagères, l'OAIE s'est fondée sur une enquête ménagère

F-735/2020 Page 19 réalisée au domicile de l'assurée le 1er février 2019. Aucune erreur manifeste n'est à relever dans les résultats de l'enquête, consignés dans le rapport du 6 février 2019, les calculs étant corrects (dossier OAI pce 31). Le total des empêchements ménagers de 5% retenu par l'autorité inférieure n'est dès lors pas critiquable. Cela étant, le Dr H. \_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise, a considéré que l'assurée était pleinement apte à s'occuper de son ménage (cf. dossier OAI pce 40 p. 18). Comme on l'a vu, il n'y a pas lieu de remettre en question cette appréciation, en sorte qu'aucun empêchement ménager ne sera retenu par-delà le mois de septembre 2019. On relèvera que ce point ne joue de toute façon aucun rôle déterminant. 7.5 Il résulte d'une pondération des deux domaines d'activité que la recourante a présenté : - un taux d'invalidité de 81% à compter du 1er novembre 2018, le calcul étant effectué comme suit : incapacité de gain pondérée de 80% ( $[80 \times 100] : 100$ ) respectivement de 1% dans les activités ménagères ( $[20 \times 5] : 100$ ) ; il s'ensuit un taux d'invalidité global de  $80 + 1$ , - un taux d'invalidité de 51,66% dès le 1er août 2019 ; donnée à la base du calcul : incapacité de gain pondérée de 50.66% ( $[80 \times 63,32] : 100$ ) respectivement de 1% dans les activités ménagères ( $[20 \times 5] : 100$ ) ; il s'ensuit un taux d'invalidité global de  $50.66 + 1$ , - et enfin un taux d'invalidité de 34,98% à partir du 1er janvier 2020 ; donnée à la base du calcul : incapacité de gain pondérée de 34.98% ( $[80 \times 43,73] : 100$ ) respectivement de 0% dans les activités ménagères. Considérant les degrés d'invalidité successivement présentés par l'intéressée, elle a droit à une rente entière dès le 1er novembre 2018, puis à une demi-rente à compter du 1er août 2019. Elle ne dispose en revanche plus d'un droit à une rente d'invalidité par-delà le 31 décembre 2019, faute d'un degré d'invalidité suffisant (art. 28 al. 2 LAI). 7.6 En conséquence, le recours doit être partiellement admis dans le sens du considérant qui précède. 8. 8.1 La présente procédure est soumise à des frais de procédure fixés, compte tenu de la charge de travail liée à la présente cause, à 800 francs (art. 63 al. 1 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février

F-735/2020 Page 20 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] ; voir également l'art. 69 al. 1bis et 2 LAI). La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, doit s'acquitter de frais de procédure réduits de 600 francs. Ce montant sera prélevé sur l'avance de frais déjà versée de 800 francs. Le solde de 200 francs lui sera restitué une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA). 8.2 La recourante a été représentée par un mandataire jusqu'au 23 février 2023 (cf. consid. C.f). Ledit mandataire n'a néanmoins pas déposé d'écriture motivée, l'intéressée n'ayant pas allégué, ni a fortiori démontré avoir dû supporter des frais indispensables et relativement élevés. En conséquence, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 2 et al. 4 FITAF).

F-735/2020 Page 21