



Cour III
C-1002/2020

Arrêt du 16 janvier 2023

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Gehring, Michela Bürki Moreni, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (Portugal)
représentée par Maître Nathalie Schallenberger,
recourante,
contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 21 janvier 2020).

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante portugaise, née le (...) 1986. Mariée, elle est mère d'un enfant né en 2008. Au bénéfice d'une formation d'opératrice en télécommunication et cryptage, elle a travaillé en Suisse pendant des années, en dernier lieu comme satineuse-cabroneuse-laveuse de polissage auprès de l'entreprise B._____ SA à raison d'un taux d'activité de 100 %, cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. Victime le 11 janvier 2017 d'une chute sur une plaque de glace, elle est en incapacité de travail de cette date au 30 septembre 2017, jour de la résiliation des rapports de travail par l'employeur (OAIE pces 1, 2, 3 p. 4, 5 p. 187 et 189, 9, 15, 18). D'octobre 2017 à décembre 2018, elle a bénéficié d'indemnités de chômage (TAF pce 12 annexe, OAIE pces 1 et 10 p. 71 et 77). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ; OAIE pce 5).

B.

B.a La prénommée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 18 janvier 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : OAI), qui l'a reçue le lendemain. À l'appui de sa demande, elle invoquait une atteinte à l'épaule gauche, ainsi qu'à la colonne vertébrale, suite à l'accident (OAIE pce 2).

B.b L'OAI a procédé à l'instruction de la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques usuels (OAIE pces 5 ss).

B.c Par communication du 11 avril 2018, l'OAI a averti l'intéressée qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible dans son cas et qu'il allait entreprendre l'examen du droit à une éventuelle rente (OAIE pce 16).

B.d L'OAI a alors soumis le dossier à son service médical régional (SMR). Dans un avis médical du 24 avril 2018 du Dr D._____, médecin interniste généraliste avec pratique de laboratoire au cabinet médical (KHM) et examens radiologiques dans les domaines des doses faibles et modérées (CMPR ; selon MedReg), le SMR a préconisé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, neurologie, orthopédie et psychiatrie (OAIE pce 18). L'organisation de celle-ci, ainsi que le nom des experts et la liste des questions qui leur ont été posées, ont été annoncés à l'assurée par communications de l'OAI des 30 avril et 12 octobre 2018 (OAIE pces 19, 20, 27).

B.e Le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été déposé le 12 février 2019 (OAIE pce 34 p. 2 ss). Consulté à son propos, le SMR, dans un rapport du 15 février 2019 du Dr D. _____, a expliqué que celui-ci offrait tous les éléments attendus d'une expertise convaincante, exceptée la conclusion selon laquelle la capacité de travail était à reconnaître à 100 % comme exigible d'emblée. Il a ainsi retenu une atteinte principale à la santé de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (CIM-10 : F43.2), dès le 1^{er} octobre 2017. Il a relevé des facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI de syndrome douloureux somatoforme persistant présent dès le 1^{er} octobre 2017, de status post chute sur le siège le 11 janvier 2017 avec possible fracture non déplacée de la pointe de l'omoplate, sans séquelle, douleurs lombaires sans substrat, sciatalgies gauches atypiques sans substrat, de tabagisme actif et d'anémie ferriprive. Il a mentionné une capacité de travail de 100 % avec rendement de 80 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Le début de l'incapacité de travail durable a été fixé au 1^{er} octobre 2017, à 100 % du 11 janvier au 10 avril 2017, puis à 20 % du 1^{er} octobre 2017 au 7 mai 2018, à 100 % du 8 au 28 mai 2018 et enfin à 20 % dès le 29 mai 2018. Les limitations fonctionnelles retenues sont les suivantes : altération du sens des réalités et de la capacité de jugement, diminution de l'aptitude aux contacts interpersonnels, trouble de la gestion des affects, faible estime de soi et adynamie. L'aptitude à la réadaptation débute le 11 avril 2017 (OAIE pce 35).

B.f Par projet de décision du 22 février 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser une rente d'invalidité au motif qu'elle « présentait une capacité de travail, et par conséquent de gain, de 80 % dans toute activité lucrative » (OAIE pce 37).

B.g Par écrit du 29 mai 2019, l'intéressée a contesté le projet de décision, réfutant les différents volets de l'expertise, relevant que celle-ci ne répondait pas aux exigences jurisprudentielles en la matière, opposant au surplus l'avis de ses médecins traitants. Elle conclut à une incapacité de travail de 100 % notamment d'un point de vue psychiatrique (OAIE pce 40).

B.h Par décision du 3 juin 2019, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente (OAIE pce 39). Cette écriture s'étant croisée avec l'opposition du 29 mai 2019 susmentionnée, l'OAI a annulé sa décision (OAIE pces 43, 45, 55, 56 p. 3 et 4, 58).

B.i L'assurée ayant, dans l'intervalle, quitté la Suisse pour s'installer au Portugal, la poursuite de l'instruction a été confiée à l'Office de l'assurance-

invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE ; OAIE pces 46, 47 p. 1 et 48).

B.j Invité par l'OAIE à se prononcer sur le dossier, son service médical, dans une prise de position du 19 décembre 2019 du Dr E._____, spécialiste FMH en médecine générale, a confirmé sur le plan somatique les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire (OAIE pce 100). Dans une prise de position du 13 janvier 2020 de la Dresse F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le service médical a encore estimé que l'avis du psychiatre traitant était une appréciation différente d'un état inchangé, les conclusions d'ordre psychiatrique de l'expertise pouvant également être confirmées (OAIE pce 102).

B.k Par décision du 21 janvier 2020, l'OAIE, confirmant le projet de décision de l'OAI, a rejeté la demande de prestations, refusant ainsi l'octroi d'une rente AI à l'intéressée (OAIE pce 103).

C.

C.a Le 20 février 2020, l'assurée a, par le biais de sa mandataire, interjeté recours devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à la recevabilité et au bien-fondé du recours, ainsi qu'à l'annulation de la décision attaquée. Partant, elle conclut principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, éventuellement à l'organisation d'une nouvelle IRM et d'un complément d'expertise sur cette base. A titre subsidiaire, elle conclut au renvoi de l'affaire au sens des considérants pour nouvelle décision. Elle soutient que l'expertise a retenu à tort une capacité de travail de 100 %, rappelant que le médecin traitant a relevé une incapacité de 60 % dans toutes les activités, et que les expertises psychiatrique et neurologique ne reposent pas sur des examens approfondis en tous points, ni sur une pleine connaissance de l'anamnèse, respectivement sur ses plaintes. Elle ajoute que les médecins traitants ont fait état d'éléments ignorés par l'expertise qui sont suffisamment pertinents pour la remettre en question (TAF pce 1).

C.b Par réponse du 26 août 2020, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, arguant que l'expertise pluridisciplinaire bénéficiait d'une valeur probante démontrée (TAF pce 12).

C.c Par réplique du 22 octobre 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions (TAF pce 16), et, dans une duplique du 9 novembre 2020, l'OAIE a fait de même (TAF pce 18).

C.d La recourante s'est enquis de l'état de la procédure le 12 mai 2022 (TAF pce 22), et le Tribunal lui a répondu le 19 mai 2022 (TAF pce 23).

C.e Par écrit spontané du 24 novembre 2022, la recourante a produit un rapport médical d'une clinique portugaise (TAF pce 25 et annexe).

D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront discutés, en tant que de besoin, dans les considérants en droit ci-après.

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). 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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 3, 6), le recours est recevable.

2.

En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations de la recourante, qui réclame une rente d'invalidité.

3.

3.1 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 ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 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, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il 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, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e 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, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), si un assuré domicilié en Suisse prend en cours de procédure domicile à l'étranger, la compétence passe à l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (al. 2^{quater}).

Etant donné que la recourante a quitté la Suisse au cours de l'instruction pour prendre domicile au Portugal, c'est à raison que l'OAI C._____, qui avait enregistré et commencé à instruire la demande, a transmis le dossier à l'OAIE, lequel a poursuivi l'instruction et notifié la décision querellée.

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 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où la recourante est une ressortissante portugaise, domiciliée au Portugal, ayant travaillé en Suisse. 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 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.1.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'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 janvier 2020). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

5.

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir *supra* let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGGA).

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 pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) 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 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29

al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.4 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^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). 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 assurée 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 et les références).

7.1.1 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. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient 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, 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). 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 Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 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 ; 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.1.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu

selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, ont notamment été versés au dossier les documents suivants :

- une déclaration de sinistre LAA du 12 janvier 2017 (OAIE pce 5 p. 189) ;
- un rapport du 17 janvier 2017 du Dr G._____, radiologue FMH, concluant à un examen cervical dans les limites de la norme et à l'absence d'atteinte de l'épaule gauche (OAIE pce 5 p. 171) ;
- un rapport médical initial LAA du 2 février 2017 du Dr H._____, médecin généraliste FMH, posant un diagnostic de traumatisme à l'épaule et au coude gauches et une incapacité de travail totale dès le 11 janvier 2017 (OAIE pce 5 p. 172) ;
- une prescription de physiothérapie du 21 février 2017 du Dr I._____, chirurgien orthopédique FMH, médecin-chef, pour 9 traitements par analgésie/anti-inflammatoire, avec un diagnostic de contusion osseuse importante épaule et humérus proximal gauche, tendinopathie sous-scapulaire (OAIE pce 5 p. 160) ;
- un rapport du 21 février 2017 du Dr I._____, diagnostiquant une contusion majeure de l'omoplate et de l'humérus proximal gauche avec suspicion de fracture in situ de l'épine de l'omoplate gauche, ainsi qu'une discrète bursite sous-acromiale dans un contexte d'acromion crochu de type Bigliani II (OAIE pce 5 p. 157 s.) ;
- un rapport du 21 avril 2017 du Dr H._____, retenant un diagnostic de fissure de l'épine de l'omoplate gauche selon les informations du Dr I._____ (OAIE pce 5 p. 130 s.) ;
- un rapport du 21 avril 2017 du Dr I._____, posant un diagnostic de sciatalgies L5 gauches non déficitaires sur sténose foraminale L5 gauche dans un contexte d'hypertrophie facettaire et un diagnostic secondaire de status post-fracture in situ de l'épine de l'omoplate gauche en janvier 2017 (OAIE pce 8 p. 17) ;

- un rapport médical intermédiaire du 1^{er} mai 2017 du Dr I. _____ diagnostiquant une fracture in situ de l'épaule de l'épine de l'omoplate avec contusion de l'épaule gauche et lombo-scapalgie non-déficitaire (OAIE pce 5 p. 127 s.) ;
- un rapport du 11 mai 2017 du Dr J. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, traitement invasif de la douleur SSIPM, posant un diagnostic de sciatalgies L5 gauches non déficitaires sur sténose foraminale L5 gauche dans un contexte d'hypertrophie facettaire (OAIE pce 5 p. 44) ;
- un rapport du 15 mai 2017 du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, le Dr K. _____, indiquant que l'événement a cessé de déployer ses effets ce jour (4 mois) à défaut de lésion structurelle prouvée et affirmant qu'on peut admettre une aggravation passagère au niveau de l'épaule avec un statu quo ce jour (OAIE pce 5 p. 126) ;
- un certificat du 16 juin 2017 du Dr H. _____, relevant qu'il est difficile de déterminer si le problème de la colonne de la recourante est dû à l'accident et que l'origine de l'altération préexistait, la mécanique de l'accident pouvant toujours aggraver la situation (OAIE pce 5 p. 95 s.) ;
- un rapport d'entretien du 16 juin 2017 du Dr L. _____, neurochirurgien FMH, retenant un diagnostic de douleurs pas claires avec irradiation dans le bras gauche, le plus vraisemblablement en C8, et dans la jambe gauche (OAIE pce 5 p. 74) ;
- une annonce de maladie du 16 juin 2017 (OAIE pce 8 p. 2) ;
- un rapport du 29 juin 2017 du Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, médecin-chef, indiquant que la symptomatologie douloureuse semble supportable, mais qu'il est difficile de juger la performance de l'épaule dans le cadre professionnel à cause du licenciement de la recourante, ajoutant ne pas avoir de solution chirurgicale et qu'il faut continuer le traitement de physiothérapie en envisageant un traitement actif de tonification des rotateurs internes et exercices de centrage, au lieu du traitement passif réalisé jusque-là (OAIE pce 5 p. 72 s.) ;
- différents rapports radiologiques (OAIE pce 5 p. 62, 77 s., 151, 153, 173 s. et pce 8 p. 23) ;
- un rapport du 5 juillet 2017 de la Dresse N. _____, neurologue FMH, indiquant des diagnostics d'état après accident au 20 janvier 2017 avec

contusion de l'épaule avec fracture de l'épine de l'omoplate gauche et douleurs dans toute la partie gauche, marquées à l'épaule et syndrome de la colonne vertébrale cervicale avec irradiation pseudo-ischialgique gauche (OAIE pce 5 p. 65 s.) ;

- un premier rapport médical non daté du Dr H. _____, reçu par l'assureur-maladie le 12 juillet 2017, diagnostiquant avec effet sur la capacité de travail, des cervicalgies, une tendinopathie du sus-scapulaire gauche, une petite quantité de liquide intra-articulaire de l'articulation du coude gauche et une fissure de l'épine de l'omoplate gauche, ainsi que sans effet sur la capacité de travail, une anémie ferriprive (OAIE pce 8 p. 11-13) ;
- un rapport d'expertise du 28 août 2017 du Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, répondant que la capacité de travail dans l'activité habituelle reste nulle, mais qu'une reprise assez rapide à 100 % est envisageable dans une activité adaptée (OAIE pce 8 p. 5-10) ;
- un rapport du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents du 6 septembre 2017, le Dr K. _____, relevant qu'on peut admettre une relation de causalité avec les troubles dorsaux et que l'événement a cessé de déployer ses effets au niveau du rachis à 6 mois de sa survenue (OAIE pce 5 p. 41) ;
- une décision du 20 septembre 2017 de l'assureur-maladie, en vertu de laquelle les évaluations médicales indiquent que l'on peut raisonnablement exiger de l'assurée, d'avoir un taux d'activité de 100 % dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, et cessant le versement d'indemnité journalière à compter du 1^{er} octobre 2017 (OAIE pce 8 p. 27) ;
- une confirmation d'inscription à une caisse de l'assurance-chômage du 19 septembre 2017 et une demande d'indemnité de chômage du 20 septembre 2017 (OAIE pce 10 p. 47 à 50 et 52) ;
- une attestation de l'employeur du 28 septembre 2017 (OAIE pce 10 p. 37-38) ;
- une décision – fréquentation d'un cours collectif du 27 octobre 2017 consacré à des tests de formation modulaire en horlogerie d'un jour (OAIE pce 10 p. 22 s.) ;

- un rapport du 27 novembre 2017 du Dr J._____, informant notamment que la recourante s'est soumise à une infiltration transforaminale à la racine L5 gauche le 19 mai 2017, s'étant faite sans problème (OAIE pce 5 p. 17) ;
- des extraits de compte individuel (OAIE pce 9 et pce 104) ;
- une demande de rente d'invalidité auprès d'un Etat de l'UE du 15 février 2018, accompagnée d'extraits annuels de rémunérations de la sécurité sociale portugaise (OAIE pce 11) ;
- un rapport du 27 février 2018 de la Dr N._____, retenant des diagnostics de syndrome douloureux avec des parties somatiques et mentales dans le côté gauche du corps, suite à une chute (glissade sur de la glace) le 20 janvier 2017, noyau organique prouvé : contusion de l'épaule avec fracture de l'épine de l'omoplate gauche, irradiation du syndrome de la colonne vertébrale cervicale pseudo-ischialgique gauche, ainsi que de céphalées chroniques quotidiennes, diagnostic différentiel dans le cadre du diagnostic 1, diagnostic différentiel de céphalées dues à la tension (OAIE pce 14 p. 7 s.) ;
- un rapport du 20 mars 2018 du Dr H._____, indiquant un diagnostic de syndrome douloureux avec des parties somatiques et mentales dans le côté gauche du corps après l'automne (glisser sur la glace) le 20 janvier 2017, ainsi que renvoyant à une expertise d'orthopédie et de psychiatrie à réaliser s'agissant du profil d'une activité adaptée (OAIE pce 14 p. 1-6) ;
- un rapport d'intervention précoce – entretien d'évaluation du 9 avril 2018 (OAIE pce 15) ;
- un courriel du 22 mai 2018 du Dr I._____, indiquant que le problème de l'épaule s'est résolu et qu'il n'a pas poursuivi (OAIE pce 78) ;
- un rapport du 12 juin 2018 du Dr P._____, radiologue ostéoarticulaire, concluant notamment à une IRM de l'épaule gauche qui ne révèle aucune lésion traumatique ni dégénérative (OAIE pce 81) ;
- une appréciation médicale du 15 juin 2018 du Dr K._____, relevant notamment que l'accident n'a occasionné aucune lésion structurelle, l'événement initial ayant ainsi cessé de déployer ses effets à 4 mois de sa survenue au niveau du membre supérieur gauche et à six mois de sa survenue au niveau du rachis (OAIE pce 83) ;

- un rapport du 17 juillet 2018 des Drs Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, médecin-chef, et R._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, médecin adjoint, en relation avec un séjour auprès d'une clinique du 8 au 28 mai 2018 pour une réadaptation psychosomatique. Les médecins retiennent un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM-10 : F33.11), comorbidité : status post fracture omoplate gauche (OAIE pce 23) ;
- un rapport du 23 août 2018 de la Dr N._____, soulignant notamment que la situation ne s'est quasiment pas améliorée suite au séjour en réhabilitation psychosomatique (OAIE pce 25) ;
- un rapport du 10 octobre 2018 du Dr S._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et de Mme T._____, psychothérapeute FMH, diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM-10 : F33.11 ; OAIE pce 28) ;
- un rapport du 29 janvier 2019 des Dr Q._____ et R._____, relevant notamment que la recourante a été revue à deux reprises en entretiens de bilan après son séjour, à savoir les 29 juin et 21 septembre 2018, l'état de santé étant resté identique à celui à sa sortie de clinique (OAIE pce 34 p. 101) ;
- un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2019 des Drs U._____, V._____, médecin praticienne FMH en médecine interne générale, médecin certifiée en appréciation de la capacité de travail SIM, X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin certifié en appréciation de la capacité de travail SIM, et W._____, spécialiste FMH en neurologie, retenant des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, présent depuis le 1^{er} octobre 2017 (CIM-10 : F43.2), et sans effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis le 1^{er} octobre 2017, de status après chute le 11 janvier 2017 avec possible fracture sans déplacement de la pointe de l'omoplate gauche, sans séquelle : douleurs lombaires sans substrat, sciatalgies gauches atypiques sans substrat, de tabagisme actif, de pneumonie dans l'enfance, de grossesse avec accouchement normal et d'anémie ferriprive. Les experts retiennent une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (OAIE pce 34 p. 2 ss) ;

- un rapport du 25 avril 2019 du Dr S._____, relatant une tendance de la recourante à minimiser ses troubles de l'humeur et leur impacts fonctionnels dans le quotidien, un soutien familial global ayant dû être mis en place (OAIE pce 42) ;
- une attestation du 14 mai 2019 du Dr H._____, indiquant que la recourante a un syndrome douloureux chronique depuis janvier 2017 et a développé un tableau de dépression récurrent, avec syndrome somatique dû au traitement difficile, ainsi que ledit syndrome douloureux chronique. Le médecin relève qu'elle présente une incapacité de travail de 60 % dans toutes activités (OAIE pce 41).

9.

L'OAIE, dans sa décision du 21 janvier 2020, s'est fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2019 (OAIE pce 34 p. 2 ss), confirmées par les prises de position du service médical de l'OAIE des 19 décembre 2019 (OAIE pce 100) et 13 janvier 2020 (OAIE pce 102).

9.1 L'intéressée, dans son recours, invoque une violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation et la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents. En particulier, elle fait valoir que l'expertise a retenu à tort que sa capacité de travail est de 100 %. Elle critique l'expertise sur plusieurs points, relevant en particulier que celle-ci n'a pas été établie en connaissance de l'anamnèse et n'a pas tenu compte des plaintes de l'assurée. Elle reproche en outre à l'expertise de s'être démarquée à tort des opinions des médecins traitants, qui retiennent une incapacité de 60 %, respectivement 100 % du point de vue psychiatrique, dans toutes activités. Selon elle, l'expertise ne remplit ainsi pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Elle ajoute qu'il est nécessaire de réaliser une IRM suivie d'une expertise complémentaire et soutient que les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité sont réunies.

9.2 L'autorité inférieure, pour sa part, considère que l'expertise résiste aux critiques de la recourante, étant donné qu'elle est approfondie, établie en connaissance du dossier, prend en considération les plaintes de la recourante, est fondée sur un examen clinique consciencieux, rapporte une anamnèse complète, son appréciation générale interdisciplinaire est claire et ses conclusions dûment motivées. Elle ajoute que le volet psychiatrique de l'expertise respecte les indicateurs standard posés par la jurisprudence. D'après elle, les avis des médecins traitants n'apportent aucun élément

concret que les experts auraient ignoré, mais attribuent seulement des effets incapacitants différents sans aucune discussion des conclusions. Elle estime ainsi que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 %.

9.3 Il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner si le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2019 (OAIE pce 34 p. 2 ss) a fait l'objet d'une étude circonstanciée se fondant sur des examens complets, en pleine connaissance du contexte médical (voir supra consid. 7.1.1).

9.3.1 Le Tribunal constate que, contrairement à ce que prétend la recourante, l'expertise pluridisciplinaire a été établie en pleine connaissance du dossier par chacun des experts, lesquels ont tous consulté l'Annexe 1 et l'ensemble des pièces du dossier (OAIE pce 34 p. 16, 30, 45, 62, annexe 1 et annexe 6). L'expertise s'est déroulée sous forme d'investigations menées dans chacune des disciplines concernées (avec consignations des résultats dans des parties correspondantes du rapport d'expertise [voir OAIE pce 34 p. 15 ss]), les discussions ayant eu lieu sur site ou par téléphone, et des examens de laboratoire ayant été effectués. Puis, elle a fait l'objet d'une évaluation consensuelle (voir OAIE pce 34 p. 6 à 14) avec validations par circulation de courriels sécurisés entre les experts (OAIE pce 34 p. 6).

9.3.2 De plus, les plaintes de la recourante ont été prises en considération et l'anamnèse a été effectuée de manière complète. Pour s'en convaincre, il y a lieu de se référer aux passages pertinents des différentes expertises spécialisées (OAIE pce 34 p. 16 à 20 pour la médecine interne, p. 30 à 35 pour la psychiatrie, p. 45 à 51 pour l'aspect neurologique et p. 62 à 67 en ce qui concerne l'orthopédie). L'expertise pluridisciplinaire est ainsi fondée, quoi qu'en pense la recourante, sur un examen clinique consciencieux, l'anamnèse de chaque expertise spécialisée est complète, comportant une anamnèse systématique, familiale et sociale (OAIE pce 34 aux pages indiquées ci-dessus). L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions des experts sont dûment motivées. Si l'on note quelques différences s'agissant des liens familiaux et sociaux (les anamnèses établies par l'expert en médecine interne et en psychiatrie décrivent que la recourante n'a que son mari, voire la famille de ce dernier, tandis que celle relevant du volet neurologique mentionne en plus des amis proches avec lesquels la recourante a parfois des relations amicales), dans le nombre de cigarettes consommées par jour par l'assurée (10 cigarettes par jour pour les évaluations spécifiques, sauf pour l'orthopédie où il est annoncé diminué à 5 cigarettes par jour [parfois plus]) ou dans l'occupation de l'assurée

durant la journée (la recourante regarde la télévision, selon l'expertise psychiatrique, alors que tel n'est pas le cas selon l'expertise neurologique), force est de constater que ces différences sont minimales et ne sauraient remettre en cause la connaissance du dossier par les experts. En effet, le rapport d'expertise les énonce dans l'évaluation consensuelle (voir OAIE pce 34 p. 10), les expliquant à satisfaction par les réponses subjectives données par la recourante (voir OAIE pce 34 p. 13). Au demeurant, ces différences négligeables n'ont pas d'influence sur le taux de capacité de travail de la recourante (OAIE pce 34 p. 10).

9.3.3 Enfin, bien que cela ne soit pas contesté, le Tribunal précise que la personne des experts qui ont établi le rapport d'expertise en question, répond aux conditions posées par la jurisprudence. Il s'agit en effet de spécialistes indépendants reconnus et possédant les connaissances, les compétences ainsi que la formation spécialisée pour se prononcer valablement sur l'état de santé de la recourante, dans la mesure où celle-ci est/a été atteinte au niveau de l'épaule gauche et de la colonne vertébrale des suites d'un accident survenu le 11 janvier 2017, ainsi qu'au niveau de l'intégrité psychique. Le Dr O. _____ est un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La Dresse V. _____ est une médecin praticienne FMH en médecine interne générale et médecin certifiée en appréciation de la capacité de travail SIM. Le Dr X. _____ est un spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que médecin certifié en appréciation de la capacité de travail SIM, et le Dr W. _____ est un spécialiste FMH en neurologie.

9.3.4 En conséquence, le Tribunal constate que le rapport pluridisciplinaire du 12 février 2019 remplit les réquisits jurisprudentiels de nature formelle pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

9.4 S'agissant plus spécifiquement des griefs d'ordre médical (diagnostics incomplets) ou relatifs à une différence de perception de la capacité de travail invoqués par l'assurée dans son recours et sa réplique, il convient de se prononcer comme suit :

9.4.1 Sur le plan somatique, l'assurée conteste dans un premier moyen l'expertise spécialisée en médecine interne, avançant avoir développé un tableau de dépression récurrent, avec syndrome douloureux somatique. Elle se réfère ainsi à l'attestation du 14 mai 2019 de son médecin généraliste, le Dr H. _____, lequel relève que sa patiente présente une incapacité de travail de 60 % dans toutes activités (TAF pce 1 p. 4).

9.4.1.1 Or, à la lecture de la documentation médicale au dossier, le Tribunal ne voit pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'expertise spécialisée en médecine interne. Ainsi, du point de vue de la médecine interne, l'assurée se plaint de palpitations qui apparaissent lorsqu'elle se sent angoissée (OAIE pce 34 p. 22). L'examen clinique n'a toutefois mis en exergue aucune atteinte cardio-respiratoire. Aucune pièce au dossier ne vient contredire cette conclusion. Tout au plus selon l'experte, le surpoids, ainsi que le tabagisme, sont responsables d'un déconditionnement physique, cela n'entraînant au demeurant pas d'incapacité de travail du point de vue de la médecine interne, laquelle capacité de travail est estimée à 100% (OAIE pce 34 p. 20 ss, p. 24 et 25). En outre, le Tribunal constate que les atteintes à la thyroïde, relevées le 20 juin 2017 par le Dr Y. _____ (OAIE pce 5 p. 64), ne sont plus mentionnées par la suite, ni par ce médecin, ni par aucun autre, de sorte que le Tribunal peut en déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante n'a plus d'affection sur ce plan. L'expertise les exclut par ailleurs en indiquant « Tête-cou-thyroïde : Il n'y a pas de goitre, Il n'y a pas de souffle vasculaire » (OAIE pce 34 p. 21). S'agissant des céphalées chroniques, mises en lumière par la Dr N. _____ (OAIE pce 14 p. 7), qui ont motivé en partie le séjour de la recourante à la Clinique Z. _____ en mai 2018, force est de constater qu'elles n'ont pas été retenues en tant que diagnostic par les médecins de cet établissement (OAIE pce 23 p. 1). Bien après que la décision entreprise ait été rendue, le Dr AA. _____, neurochirurgien, relève dans un rapport du 18 novembre 2022 (annexe à TAF pce 25) des céphalées cervicogènes parmi d'autres affections dans le tableau clinique de la recourante, mais il n'en parle plus dans le cadre de ses observations, ni ne pose de diagnostic sur ce plan ou n'indique qu'elles en sont les conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Enfin, l'anémie ferriprive constatée par l'experte, est considérée comme étant stable selon le rapport de la Clinique Z. _____ précité, le cas étant stabilisé du point de vue de la médecine interne.

9.4.1.2 Quant à l'avis du Dr H. _____, mis en avant par la recourante pour contester l'expertise en médecine interne, la Dresse V. _____ relève avec raison que la capacité de travail de 60 % retenue par ce praticien est évaluée sur des motifs médicaux (dépression, troubles somatoformes) autres que ceux de la médecine interne. Les diagnostics relevés par le Dr H. _____ relèvent en effet de la psychiatrie (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_440/2021 du 25 mars 2022 consid. 4.2.2, 9C_277/2021 du 8 février 2022 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3139/2021 du 28 novembre 2022 consid. 14.4.5). Enfin, il y a lieu de constater que le

rapport du Dr H. _____ non seulement ne remplit pas les réquisits pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 7 ci-dessus), mais encore, s'agissant d'un médecin traitant, ledit rapport ne permet pas de remettre en question l'expertise en tant qu'elle porte sur le volet de la médecine interne.

9.4.2 La recourante met également en doute la valeur de l'expertise neurologique, relevant d'une part que celle-ci ne repose pas sur les affections dont se plaint l'intéressée et que, d'autre part, elle n'a pas pris en compte les répercussions du syndrome douloureux et les limitations fonctionnelles dont elle souffre sur la qualité de vie et le fonctionnement de sa vie quotidienne. Une IRM cérébrale est ainsi requise afin de déterminer si l'assurée souffre d'un déficit neurologique.

9.4.2.1 Le Tribunal constate que pour fournir ses conclusions, le Dr W. _____, a procédé à l'examen personnel de la recourante, a de plus, quoi qu'en dise cette dernière, relayé et tenu compte des plaintes subjectives de celle-ci (cf. OAIE pce 34 p. 8, 10, 45, 47, 51 et 53) et a réalisé les examens jugés utiles. Le Tribunal rappelle en outre que son rapport établit une anamnèse précise et énonce de façon circonstanciée le contexte médical dans lequel s'insère l'expertise, de sorte que celle-ci remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. consid. 9.3.1 ci-dessus).

9.4.2.2 La recourante fait valoir des douleurs de l'épaule et du bras gauches, qui la limiteraient dans ses activités quotidiennes. D'un point de vue neurologique, l'expert relève que tant les radiographies de l'épaule gauche que les IRM effectuées n'ont pas permis de relever une fracture ou une déchirure ligamentaire, pas plus qu'une fracture de l'épine ou de l'omoplate gauche (OAIE pce 34 p. 7 et 8). Certes, le Dr I. _____, médecin traitant spécialiste, avait émis, les 21 février et 21 avril 2017, le diagnostic de suspicion, puis de fracture in situ de l'épine de l'omoplate gauche, ainsi que de discrète bursite sous-acromiale dans un contexte d'acromion crochu de type Bigliani II. Toutefois, ce même médecin confirmait le rétablissement total de sa patiente, dans un courriel du 22 mai 2018 (OAIE pce 78). L'avis de la Dr N. _____, qui tend à confirmer cette fracture, n'est pas pertinent puisqu'elle ne l'a pas constatée elle-même, mais, comme elle l'admet, n'a fait que reprendre dans son rapport l'avis du Dr I. _____ en la matière (OAIE pce 5 p. 65 et pce 14 p. 7, 8 et pce 25). Le Dr M. _____, orthopédiste et spécialiste de l'épaule, rejoint l'avis de l'expert, puisqu'il ne retient pas de diagnostic permettant d'objectiver les troubles rapportés par l'assurée (OAIE pce 8 p. 15). Enfin, ce même mé-

decin, ainsi que le Dr G. _____, viennent confirmer l'évaluation de l'expert, relevant une mobilité complète de l'épaule gauche « avec une douleur en fin de course » (OAIE pce 8 p. 15), ainsi qu'un examen cervical dans les limites de la norme et une absence d'atteinte à l'épaule gauche (OAIE pce 8 p. 22). Le rapport de la Clinique Z. _____, où l'intéressée a séjourné en mai 2018, fait par ailleurs état d'un bilan favorable au niveau des douleurs (OAIE pce 23 p. 2). Pas plus les rapports radiologiques (cf. notamment OAIE pce 5 p. 64, pce 81 [rapport du 12 juin 2018 du radiologue ostéoarticulaire, le Dr P. _____]) que les IRM lombaires et cervicales effectuées (OAIE pce 5 p. 64, 77, 171, 173) ne vont à l'encontre de l'avis de l'expert. Force est ainsi pour le Tribunal de constater, avec l'expert, une absence d'atteinte à l'épaule gauche.

9.4.2.3 S'agissant du diagnostic d'atteinte de la racine L5 gauche par un rétrécissement foraminal, et lombo-sciatalgies L4-L5 gauches, relevés par les Drs I. _____ le 21 avril 2017 (OAIE pce 8 p. 17), J. _____ le 11 mai et 27 novembre 2017 (OAIE pce 5 p. 17 et 44) et N. _____ le 5 juillet 2017 (OAIE pce 5 p. 65), ils n'ont, à raison, plus été retenus par l'expert neurologue. Il ressort en effet non seulement des pièces du dossier qu'ils n'ont pas été confirmés par l'examen clinique ni par l'anamnèse, de sorte qu'ils n'ont pas été objectivés le jour de l'expertise, mais encore que l'expert a retenu une absence de douleur significative au niveau L5 (OAIE pce 34 p. 52). Par ailleurs, le Dr Y. _____ relève, dans son rapport d'IRM cervicale du 20 juin 2017, une absence de hernie discale et de protrusion significative à l'étage cervical pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente sur ce point (OAIE pce 5 p. 62) et le Dr O. _____, dans un rapport du 28 août 2017, mentionne certes des lombo-sciatalgies apparues secondairement avec radiculite L4-L5 gauche sans déficit moteur, précisant toutefois qu'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée peut être atteinte rapidement (OAIE pce 8 p. 5-10). Il est vrai que le rapport de la Clinique Z. _____, dans laquelle l'assurée a séjourné en mai 2018, cite les constatations de son médecin interniste, la Dresse BB. _____, laquelle fait état de lombo-sciatalgies gauches (OAIE pce 23 p. 1 in fine). Cependant, outre le fait que ce médecin ne possède pas de spécialisation en neurologie, cette constatation ne figure pas au rang des diagnostics retenus dans ledit rapport et n'est pas le moins du monde étayée. De plus, seule une limitation fonctionnelle d'augmentation des douleurs lors des positions prolongées (port de charge impossible ; OAIE pce 23 p. 2 ; voir également les limitations fonctionnelles relevées par des physiothérapeutes et ergothérapeutes, p. 4) est retenue par des ergothérapeutes, et rapportées par des psychiatres, soit des personnes ne disposant pas de la spécialisation nécessaire à ce niveau. De la sorte, cet

avis ne peut se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence développée en la matière (cf. consid. 7 ci-dessus).

Enfin, s'agissant du rapport du 18 novembre 2022 du Dr AA._____, neurochirurgien, fourni spontanément durant la présente procédure par la recourante, il en ressort que celle-ci présente un tableau clinique de cervicalgies, céphalées cervicogènes et lombo-sacralgies avec irradiation au membre inférieur gauche, distribution apparente de L5 avec aggravation progressive et brachialgie gauche. Il y a cependant lieu de constater que, non seulement ce rapport est largement postérieur à la date de la décision attaquée, mais encore que nombre de pathologies sont mentionnées, respectivement retenues pour la première fois. En effet, si le Dr Y._____ avait rapporté les plaintes de l'intéressée s'agissant des discopathies C2-C3, il n'avait pas pu les objectiver (OAIE pce 5 p. 62) ; tel est également le cas, par exemple de l'arthrose interapophysaire L5-S1, relevée par le Dr J._____, mais non retenue par ce dernier, qui, là encore n'avait pas pu objectiver les plaintes de l'assurée (OAIE pce 5 p. 44). Au demeurant, si le Dr AA._____ fixe des limitations fonctionnelles (éviter les efforts et les activités entraînant une surcharge statique ou dynamique de la colonne vertébrale), il ne note pas de déficits de la motricité globale. En outre, le médecin ne se prononce pas sur d'éventuels effets sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il relève certes une aggravation progressive, mais sans dire à partir de quel moment. Enfin, il n'explique pas quels examens il a effectués, si ce n'est des CT et IRM du rachis cervical et de la colonne lombaire. Dès lors, un tel certificat médical, très succinct, rédigé au surplus par un médecin traitant de l'assurée, ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4).

Au niveau neurologique, le Tribunal constate donc, à la date de la décision attaquée, une absence de diagnostics (avec répercussion ou non sur la capacité de travail) et peut ainsi confirmer l'expertise du Dr W._____ sur ce point.

9.4.2.4 Au demeurant, les allégations de la recourante, selon lesquelles elle ne peut plus, en raison de ses douleurs à l'épaule, au bras et aux membres inférieurs gauches et aux cervicales, accompagner son fils au sport, faire du fitness ou nécessite de l'aide pour accomplir les tâches ménagères, ne sont pas corroborées par l'expertise. Pour justifier une invalidité, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations mé-

dicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 141 V 281, 140 V 290, 130 V 352 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4986/2018 du 27 juillet 2020 consid. 6.2.1). Or, le Tribunal constate non seulement que les plaintes alléguées ne sont que de simples allégations de l'assurée, mais encore qu'elles ne correspondent pas aux observations objectives de l'expert qui relève un status neurologique strictement normal (OAIE pce 34 p. 50 ss). Ainsi, la capacité de s'habiller et de se déshabiller sans aucune difficulté et utilisant ses mains des deux côtés de façon parfaitement normale est en contraste absolu avec l'incapacité d'examiner les mouvements du bras et du membre inférieur gauche lors du status neurologique. De plus, l'expert note qu'il n'y a pas de douleur à la palpation de l'articulation temporo-mandibulaire et des muscles péri-crâniens, l'intéressée faisant des mouvements parfaitement naturels dans toute leur amplitude (OAIE pce 34 p. 51 et 53) et que par exemple les troubles de la sensibilité allégués sont incompatibles avec le fait de pouvoir manipuler quelque objet que ce soit (OAIE pce 34 p. 53). Il ajoute encore que le tonus est normal aux quatre membres, du moment que la personne assurée n'est pas dans un état de comprendre que l'examen est en cours (OAIE pce 34 p. 51). C'est ainsi que ce professionnel fait état de la part de la recourante d'un « oppositionnisme ou un lâchage lors des essais de mesure de la force qui n'est pas crédible » (OAIE pce 34 p. 51, également p. 53). Il est à relever que les autres experts font également état d'exagération des plaintes de la part de la recourante (au niveau orthopédique : OAIE pce 34 p. 71 ; au niveau de la médecine interne : OAIE pce 34 p. 23 ; au niveau psychique : OAIE pce 34 p. 39).

9.4.2.5 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal estime, avec l'expert, qu'il n'y a aucun argument en faveur d'une affection neurologique limitant les activités de la recourante ou expliquant la gravité des douleurs alléguées. Il n'y a dès lors pas lieu, par appréciation anticipée des preuves (voir *supra* consid. 7.1.2), pour le Tribunal de donner suite à la demande d'IRM cérébrale et de complément d'expertise sur cette base formulée par la recourante, laquelle est rejetée.

9.5 Il est à noter que la recourante n'émet aucun grief à l'encontre de l'expertise orthopédique du Dr O._____. Cet expert n'a retenu aucun diagnostic sur le plan orthopédique, relevant une capacité de travail de la recourante de 100 % tant dans l'activité exercée (sauf trois mois après l'accident où la capacité de travail était nulle) que dans une activité adaptée (OAIE pce 34 p. 10 s. et p. 72). Si la recourante se plaint de douleurs, les investigations effectuées n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique

ou dégénérative, pas plus que d'atrophie au niveau de la musculature de l'épaule, de l'avant-bras ou du membre inférieur gauche qui montrerait une quelconque limitation de la mobilité (OAIE pce 34 p. 71). Cette affirmation est confirmée par le rapport du Dr M. _____, également orthopédiste, qui ne retient pas de diagnostic permettant d'objectiver les douleurs rapportées par la recourante (OAIE pce 8 p. 15). Au demeurant, la recourante, qui n'a, dans son recours ou durant la présente procédure, pas contesté dite expertise, n'a dès lors apporté aucun argument ou présenté aucune pièce médicale contredisant les conclusions de l'expert orthopédique. Si le Dr H. _____ a certes retenu dans son rapport médical du 20 mars 2018, sous la rubrique « limitations fonctionnelles » des douleurs de l'hémicorps gauche, il n'a pas été en mesure de les décrire (OAIE pce 14 p. 4). Qui plus est, ce praticien n'est, non seulement, pas un médecin spécialisé en orthopédie, mais encore a été incapable d'établir leurs effets sur l'activité habituelle de sa patiente, de sorte que ses affirmations sur le sujet, non étayées, ne sauraient faire naître un doute concret quant au bien-fondé de l'expertise orthopédique du rapport pluridisciplinaire. Le rapport du 17 juillet 2018 de La Clinique Z. _____ relève également des limitations fonctionnelles, mises en évidence par le bilan d'ergométrie. Ainsi, ce rapport a relevé une limitation fonctionnelle dans toutes les activités de la vie quotidienne, ainsi que des douleurs du rachis surajouté, augmentation lors de positions prolongées (port de charge impossible). Il sied de constater toutefois qu'il s'agit d'un bilan effectué par des ergothérapeutes et des physiothérapeutes et rapporté par des psychiatres (OAIE pce 23 p. 2 ; voir également p. 4, où il est indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : position assise maximum 10-20 minutes, position debout maximum 15 minutes, marcher maximum 20 minutes, ne pas se pencher, ne pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, ne pas s'accroupir, ne pas être à genoux, limite du port de poids à 2 kg près du corps et au niveau du tronc, ne pas monter sur une échelle/un échafaudage). Il ne saurait dès lors battre en brèche les conclusions du Dr O. _____, qui lui est un spécialiste dans le domaine de l'orthopédie. De plus, le rapport de la Clinique Z. _____ souligne que le bilan du séjour a été favorable au niveau des douleurs, de de l'anxiété et de la qualité du sommeil, indiquant qu'il y a eu une amélioration sur ce plan (OAIE pce 23 p. 2). Enfin, la fixation de ces limitations fonctionnelles ne sont pas expliquées davantage, ne remplissant dès lors pas les exigences jurisprudentielles en la matière. Au demeurant, l'activité habituelle de la recourante n'apparaît pas incompatible avec le port de charges légères et permet au surplus un changement de position d'assise à debout et vice-versa au bout d'une dizaine de minutes. Le Tribunal n'a ainsi aucune raison de ne pas accorder pleine valeur probante à l'expertise

orthopédique du Dr O. _____, laquelle, au surplus, correspond aux réquisits d'ordre formel imposés par la jurisprudence (voir *supra* consid. 7).

9.6 Au final, au niveau somatique, les experts s'accordent pour dire que la capacité de travail de la recourante est de 100 %, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, aucun diagnostic invalidant n'étant retenu. Le Tribunal constate par conséquent que, sur le plan somatique, l'expertise pluridisciplinaire, qui reprend les conclusions de chacune des expertises en médecine interne, neurologique et orthopédique, a pleine valeur probante, les conclusions des experts devant être considérées comme dûment motivées.

9.7 S'agissant de l'expertise spécialisée psychiatrique, laquelle pose les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (CIM-10 : F43.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F45.4), le Tribunal rappelle qu'elle a été établie par un médecin possédant la spécialisation idoine, repose sur une anamnèse complète, a tenu compte des plaintes de l'assurée et repose sur une étude complète du dossier. Les griefs de la recourante tombe à faux sur ce point, comme il a déjà été relevé ci-dessus (cf. consid. 9.3).

9.7.1 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 dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

9.7.2 Dans l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

- A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
 - a. Complexe « atteinte à la santé »
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe « contexte social »
- B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

9.7.3 Le Tribunal a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

9.7.3.1 En l'espèce, au niveau de la catégorie A. « degré de gravité fonctionnel », le complexe « atteinte à la santé » est traité dans ladite expertise spécialisée : l'expert psychiatre a, sur la base de ses constatations et explications, posé un diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, présent depuis le 1^{er} octobre 2017, et un diagnostic sans effet sur ladite capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis le 1^{er} octobre 2017. Pour ce faire, il s'est appuyé sur la CIM-10 en retenant le code F43.2 pour le premier diagnostic et F45.4 pour le second. S'agissant des interactions entre diagnostics, il a encore précisé que les troubles psychiques ont été déclenchés par l'évolution défavorable après l'accident et qu'ils aggravent les plaintes subjectives somatiques (OAIE pce 34 p. 36).

Force est de constater que les interactions soulevées par l'expert sont confirmées par les actes médicaux figurant au dossier (rapport du 5 juillet 2017 de la Dr N. _____ [OAIE pce 5 p. 65], rapport du 27 février 2018 de la Dr N. _____ [OAIE pce 14 p. 7], rapport du 20 mars 2018 du Dr H. _____ [OAIE pce 14 p. 1-6], rapport du 17 juillet 2018 de la Clinique Z. _____ [OAIE pce 23], rapport du 23 août 2018 de la Dr N. _____ [OAIE pce 25], rapport du 10 octobre 2018 du Dr S. _____ et de Mme T. _____ [OAIE pce 28], attestation du 14 mai 2019 du Dr H. _____ [OAIE pce 41]). Par ailleurs, la date du 1^{er} octobre 2017 plutôt que le 20 [recte : 11] janvier 2017 (date de survenance de l'accident) retenue par la Dr N. _____ (OAIE pce 14 p. 7), apparaît plus pertinente. En effet, aucun trouble psychique n'est mentionné dans les premiers rapports médicaux consécutifs à l'accident, mais ne le sont qu'après l'inscription de la recourante au chômage (OAIE pce 14 p. 7). Au demeurant, comme le souligne l'expert psychiatre, l'apparition des troubles au 1^{er} octobre 2017 n'exclut pas que ceux-ci aient été déclenchés par l'accident (OAIE pce 34 p. 36).

9.7.3.2 S'agissant de l'indicateur i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le Tribunal constate qu'ils ont été présentés par l'expert. Ainsi, ce professionnel a relevé que le trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (CIM-10 : F43.2) est présent depuis le 1^{er} octobre 2017 et qu'un tel diagnostic correspond à un état de détresse émotionnelle survenant au cours d'une période d'adaptation à un événement stressant, soit pour la recourante la perte de son activité professionnelle habituelle. Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F45.4), l'expert relève que cette pathologie est présente dès la même date et qu'elle correspond à un tableau clinique présenté par la recourante, à savoir une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. Il est en outre explicité que ce diagnostic ne peut, le jour de l'examen, être considéré comme incapacitant, car il équivaut à une atteinte à la santé légère, la recourante disposant en outre de ressources personnelles pour y faire face (en particulier son mari et sa famille qu'elle visite en vacances). Le médecin précise que l'assurée n'est pas limitée dans ses activités dans tous les domaines, que l'examen orthopédique ne confirme pas l'anamnèse, la recourante ayant tendance à amplifier ses plaintes douloureuses (OAIE pce 34 p. 36 s.).

9.7.3.3 L'indicateur ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard figure aux p. 34 et 38 de l'expertise spécialisée psychiatrique. L'expert psychiatre énumère les médicaments antidépresseurs pris au début et actuellement par la recourante et rapporte que l'adhésion au traitement psychothérapeutique de la recourante est satisfaisante. Il relève toutefois que les examens de laboratoire effectués le jour de l'expertise montrent des taux sanguins de Duloxétine infra-thérapeutiques. Il estime dès lors nécessaire d'adapter la dose ou de s'interroger sur la compliance médicamenteuse, précisant qu'un antidépresseur à dose thérapeutique est susceptible de raccourcir la durée de la maladie et qu'une amélioration peut être escomptée dans un laps de temps de trois mois (OAIE pce 34 p. 39 et 41).

9.7.3.4 L'expert psychiatre explique en lien avec l'indicateur iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard que la recourante voit son avenir en noir, étant « fatiguée de tout ça » et pleurant (OAIE pce 34 p. 34). Dans son récit de la coopération aux mesures de réadaptation, il mentionne qu'il n'y en a pas (OAIE pce 34 p. 39 ; cf. également *supra* let. B.c).

9.7.3.5 Au nombre des comorbidités (indicateur iv.) présentes chez la recourante, l'expert psychiatre évoque que l'examen orthopédique ne confirme pas les données de l'anamnèse, que la recourante a tendance à amplifier les plaintes douloureuses (OAIE pce 34 p. 37), qu'il n'y a pas de maladie addictive (p. 38). En outre, l'expert a retenu en plus du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (non incapacitant), un diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée.

9.7.3.6 Pour le complexe b. « personnalité », l'expertise spécialisée psychiatrique indique que la recourante se sent débordée par ses douleurs et que, de ce fait, son sens des réalités ainsi que sa capacité de jugement sont perturbés. Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont diminuées par la maladie. La gestion de ses affects est dite difficile. Sa faculté à contrôler ses impulsions semble par contre satisfaisante. Son estime, son intentionnalité et son dynamisme sont faibles. Son système de défense est de type régressif (OAIE pce 34 p. 38). Pour ce qui en est des ressources personnelles, l'expert psychiatre remarque que la recourante a peu de stratégies d'adaptation. Sur le plan psychique, celle-ci dit écouter de la musique pour se calmer lorsque les ruminations anxieuses sur sa situation de santé deviennent trop envahissantes (p. 31). Il assure qu'elle dispose de telles ressources (p. 36).

9.7.3.7 En relation avec le complexe c. « contexte social », l'expert psychiatre souligne que la recourante a une relation de couple fonctionnelle.

Outre le soutien de son mari, la recourante peut compter sur sa famille qu'elle visite en vacances (p. 36 s.). C'est son mari qui assure l'essentiel des tâches ménagères (p. 38) et qui fait les courses, les repas ainsi que la lessive (p. 42 ; voir aussi p. 31, 33 s.).

9.7.3.8 Au vu de ce qui précède, le degré de gravité fonctionnel peut dans le cas de la recourante, et comme l'exprime l'expert psychiatre, être qualifié de « modéré » (OAIE pce 34 p. 38) ou encore les limitations constatées de « légères » (p. 39).

9.7.3.9 Lorsqu'il s'agit d'examiner ces conséquences tirées de son examen à l'aune des indicateurs liés à la cohérence (catégorie B. du même nom), l'expert psychiatre note que les limitations qu'il a constatées à l'examen, à savoir une fatigabilité légèrement accrue, un discret ralentissement, et donc un rendement diminué (OAIE pce 34 p. 39) sont légères et uniformes dans tous les domaines (indicateur a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie). Certes, l'intéressée fait part de limitations sévères dans tous les domaines (OAIE pce 34 p. 39). L'expert opère toutefois à satisfaction une appréciation critique de ces divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la recourante en situation d'examen et l'examen clinique, rapportant que celle-ci est restée attentive et concentrée pendant les 50 minutes de l'entretien, et n'a pas montré de signe de fatigue. Il a en outre identifié des éléments d'autolimitation, consécutifs au système de défenses de type régressif adopté par la recourante, donnant l'exemple du récit de la recourante qui dit ne pas cuisiner pour elle-même ou sa famille, avoir abandonné toute tâche ménagère et s'en remettre à son mari (OAIE pce 34 p. 39 ; indicateur b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation). Il convient de rappeler ici que les autres experts ont également fait état de facteurs d'exclusion du type exagération chez la recourante (voir OAIE pce 34 p. 23 [médecine interne], p. 51 s., 53 et 55 [neurologie], p. 67 s., 69 et 70 s. [orthopédie], et donc p. 7-10 [évaluation consensuelle]). Par ailleurs, les rapports médicaux des Dr L._____ (rapport d'entretien du 16 juin 2017 selon lequel les douleurs ne sont pas claires ; OAIE pce 5 p. 74), du Dr M._____ (rapport du 29 juin 2017 selon lequel la symptomatologie douloureuse semble supportable ; OAIE pce 5 p. 72 s.) et du Dr P._____ (rapport du 12 juin 2018 en vertu duquel l'épaule gauche ne révèle aucune lésion traumatique ni dégénérative ; OAIE pce 81) contredisent les affirmations de l'expertisée.

9.7.3.10 Fort de ces constats, le Tribunal peut suivre l'expert psychiatre lorsqu'il met en évidence les limitations fonctionnelles susmentionnées.

Celles-ci sont la cause d'un rendement diminué, évalué à 20 %, fixant la capacité de travail de l'assurée à 80 %, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (OAIE pce 34 p. 40 et 41).

9.7.3.11 En conséquence, le volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire respecte sans conteste la grille d'évaluation normative et structurée au sens de l'ATF 141 V 281.

9.7.3.12 Au demeurant, le fait que l'expert psychiatre, le Dr X. _____, ait examiné la recourante pendant 50 minutes n'est pas propre en soi à remettre en cause les conclusions qu'il pose, contrairement à ce qu'avance la recourante. La jurisprudence du Tribunal fédéral considère en effet que le fait que l'expert n'a procédé qu'à un seul examen durant un très bref délai, – dans la mesure où n'étant pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical – ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état psychique de la personne assurée dans un délai relativement bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références). Qui plus est, l'expert psychiatre a étudié le dossier avant d'entreprendre son expertise spécialisée (cf. OAIE pce 34 p. 30). L'argumentation de la recourante sur ce point ne saurait dès lors être suivie.

9.7.4 En conclusion, le rapport d'expertise pluridisciplinaire, en reprenant chacune des conclusions des expertises spécialisées dans son évaluation consensuelle, arrive, comme l'admet l'autorité inférieure, à des conclusions dûment motivées et à des résultats convaincants. Le Tribunal ne voit pas d'indice concret, au degré de la vraisemblance prépondérante, qui permettrait de douter de leur bien-fondé. Les atteintes à la santé retenues par les experts telles qu'exposées dans leurs diagnostics dans l'évaluation consensuelle, à savoir avec incidence sur la capacité de travail de F43.2 trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, présent depuis le 1^{er} octobre 2017, et sans incidence sur ladite capacité de travail de F45.4 syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis le 1^{er} octobre 2017, de status après une chute le 11 janvier 2017 avec possible fracture sans déplacement de la pointe de l'omoplate gauche, sans séquelle : - douleurs lombaires sans substrat et - sciatalgies gauches atypiques sans substrat, de tabagisme actif, de pneumonie dans l'enfance, de grossesse avec accouchement normal et d'anémie ferriprive, sont cohérentes, de même que les capacités de travail (activité habituelle et activité adaptée) et limitations fonctionnelles. Contrairement aux affirmations de la recourante dans son acte de recours, les experts ne retiennent nullement une capacité de travail de 100 %, mais de 80 % dans toutes activités. Il est

vrai que le recourante conteste cette évaluation, relevant que le Dr H. _____, dans son attestation du 14 mai 2019 (OAIE pce 41) considère que sa patiente présente, du fait du syndrome douloureux chronique et de son état dépressif une incapacité de travail de 60 % dans toute activité. Toutefois, le grief de la recourante sur ce point ne saurait être suivi. Il y a lieu en effet de constater que ce médecin généraliste ne possède pas de spécialisation psychiatrique, ce qui, de ce seul fait déjà, ôte toute valeur probante à son évaluation de la capacité de travail. Au surplus, son rapport médical, fort succinct, ne remplit pas les conditions jurisprudentielles déterminantes (voir *supra* consid. 7) et ne saurait, partant, être convaincant. Par ailleurs, d'après la jurisprudence, il est constant que les médecins traitant-e-s sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient-e en raison de la relation de confiance qui les unit à cette dernière ou ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3b/cc). Dès lors, l'appréciation du Dr H. _____ ne saurait renverser celle, convaincante, de l'expert psychiatre. Il en va de même du rapport du 25 avril 2019 du Dr S. _____ (OAIE pce 42), psychiatre traitant de l'assurée, qui considère notamment qu'une reprise du travail apparaît impossible à ce stade, même à taux très partiel. Or, non seulement son rapport doit être apprécié avec réserve pour les raisons susmentionnées, mais encore ne peut se voir accorder valeur probante, ne reposant pas sur les critères établis par la jurisprudence en la matière (ATF 141 V 281 ci-dessus). Enfin, et compte tenu de ce qui précède, on peine à voir en quoi, contrairement à ce qu'affirme la recourante dans son acte de recours et dans sa réplique, l'expertise pluridisciplinaire aurait ignoré des éléments suffisamment pertinents relevés par les médecins traitants de la recourante, étant rappelé que les experts ont longuement confronté les points litigieux (voir *supra* consid. 9.4.1 ss).

9.7.5 En conséquence, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2019 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer pleine valeur probante.

En outre, le Tribunal rappellera ici que le service médical de l'OAIE comme le SMR ont confirmé les conclusions du rapport d'expertise, mais qu'ils ont procédé à une appréciation plus favorable de la capacité de travail de la recourante en ne se sentant pas légitimés à reprendre d'emblée l'exigibilité de 100 % sous traitement adapté en l'espace de trois mois relevé par les experts, ni d'en attendre la réalité (OAIE pces 35, 100, 102). Par ailleurs, la décision attaquée a repris les mêmes limitations fonctionnelles que l'expertise pluridisciplinaire plutôt que celles du SMR qui s'en était manifestement distancé sans motivation. Le Tribunal ne voit pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'argument pour revenir sur ce point.

A l'échéance du délai d'attente (en l'espèce : juillet 2018 [art. 29 al. 1 et 28 al. 1 LAI]), le Tribunal constate que la recourante présentait une capacité de travail de 80 % dans toutes activités. Or, ce taux, se confondant avec la capacité de gain dans un tel cas, est insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'AI suisse.

10.

Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, laquelle est conforme au droit fédéral.

11.

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 800.– (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté une représentante pour la défense de ses intérêts, est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens, lesquels comprennent les frais de représentation (art. 8 et 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] et permettent au Tribunal, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 FITAF, d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

La demande tendant à ce qu'une nouvelle IRM cérébrale et un complément d'expertise sur cette base soient ordonnés est rejetée.

3.

Les frais de procédure de Fr. 800.– sont mis à la charge de la recourante et sont compensés par l'avance de frais du même montant versée en cours de procédure.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :