



Arrêt du 17 juillet 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Michael Peterli, Viktoria Helfenstein, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (France),
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 16 février 2022).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée, la recourante) – ressortissante portugaise domiciliée en France, née en 1982 et mère de deux enfants nés en 2005 et 2008 – a travaillé en Suisse en qualité de coiffeuse de 2001 à 2002 puis comme employée de conciergerie de 2005 à 2009. Dans ce contexte, elle a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OAIE pces 5, 47, 52, 59, 61 et 77).

A.b Le 26 février 2003, la prénommée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail attestées dès janvier 2002 en relation avec des douleurs à l'épaule gauche (OAIE pce 5).

Après avoir fait réaliser une expertise psychiatrique (OAIE pce 35) et recueilli les avis des médecins traitants de l'assurée (OAIE pces 15, 18, 19, 30, 31 et 33), le Service médical régional de l'assureur-invalidité (ci-après : SMR) a retenu dans une prise de position du 18 octobre 2004 que cette dernière présentait comme atteintes principales des scapulalgies gauches ainsi qu'un état après acromioplastie gauche pratiquée le 9 septembre 2002. S'ajoute à cela au plan psychique une immaturité affective globale restant sans répercussion sur la capacité de travail. A suivre le médecin-conseil, l'assurée présente – compte tenu de ces atteintes – une incapacité de travail durable depuis le 29 janvier 2002 ; à compter de mars 2004, une capacité de travail totale peut en revanche lui être reconnue dans toute activité n'impliquant pas le port de charges au-delà de 5 kg avec le membre supérieur gauche, les mouvements répétés au-dessus de l'horizontale ainsi que le travail sur échelle (OAIE pces 37).

Cela étant, par décision du 21 février 2006, l'assureur-invalidité a alloué à l'intéressée une rente entière d'invalidité du 29 janvier 2003 au 31 mai 2004 (OAIE pce 49).

B.

B.a Le 27 janvier 2020, alors qu'elle avait emménagé en France et s'occupait depuis 2009 de son ménage, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (OAIE pce 52 ; cf. également OAIE pce 69).

B.b Selon la documentation médicale recueillie par l'assureur-invalidité, l'intéressée a subi le 31 mai 2010 un accident de la circulation qui a occasionné une symptomatologie compatible avec un coup du lapin ainsi que des cervicobrachialgies bilatérales prédominant à gauche. Des radiographies et IRM pratiquées après cet évènement ont mis en évidence une légère cyphose du rachis cervical inférieur ainsi qu'une protrusion discale médiane C6-C7 avec léger débordement vers le bas, des discopathies L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'un cordon médullaire très légèrement déformé. Un ENMG des membres supérieurs a par ailleurs révélé un très discret ralentissement de la vitesse de conduction sensitive au canal carpien droit (OAIE pces 116 à 118 et 140).

Les 14 avril et 15 mai 2015, l'intéressée a bénéficié d'ostéotomies dans le contexte d'un hallux valgus des deux pieds (OAIE pces 70, 71, 137 et 138). Une exostose de la tête M1 du pied gauche et l'ablation d'un hauban métallique ont par ailleurs été pratiquées le 10 mai 2017 (OAIE pces 72 et 139), après quoi une neurolyse chirurgicale a encore été réalisée le 3 mai 2018 en raison de la compression du nerf médian au canal carpien à gauche (OAIE pce 120). Une IRM lombaire mise en œuvre le 1^{er} février 2019 a documenté des discopathies L4-L5 et L5-S1 (OAIE pce 140).

B.c À la suite d'une ostéotomie du pied gauche réalisée le 29 avril 2019, l'assurée a présenté un retard de consolidation sur les trois rayons des métatarses avec des signes d'algodystrophie documentés par une scintigraphie du 11 septembre 2019 (OAIE pces 73, 82, 142 et 143). Une nouvelle scintigraphie mise en œuvre le 26 juin 2020 a illustré une importante régression des signes d'activité neurovégétative et algodystrophique précédemment objectivés, avec la persistance toutefois d'un « aspect de lésion focalisée, non consolidée, intéressant l'extrémité distale du second métatarses gauche » (OAIE pce 144). Par ailleurs, une IRM du pied gauche pratiquée le 21 décembre 2020 a mis en évidence un œdème de la tête du 3^{ème} métatarsien (OAIE pces 85 et 145 ; cf. également rapport du Dr B. _____ du 14 septembre 2021, OAIE pce 148).

B.d Dans un questionnaire complété le 28 octobre 2020, l'assurée a indiqué avoir touché en 2009 des indemnités de chômage de la caisse française Pôle emploi. Aussi explique-t-elle être limitée dans certaines activités et tâches ménagères en raison de ses douleurs, précisant que son époux l'aide à effectuer certaines tâches (OAIE pce 69).

B.e Le 11 janvier 2021, le Dr C. _____ – spécialiste en homéopathie, mésothérapie et en médecine du sport – a reconnu à l'assurée une

incapacité de travail complète dès le 1^{er} décembre 2014 en raison de métatarsalgies du pied gauche dans le cadre d'une ostéotomie de Weil et d'une algodystrophie, d'une opération du canal carpien gauche, d'une dépression et d'une hernie cervicale avec névralgie et cervicobrachialgies (OAIE pce 86 ; cf. également rapport du Dr C. _____ du 12 novembre 2020 ainsi que le rapport du centre hospitalier D. _____ réceptionné le 18 janvier 2021, OAIE pces 76 et 87).

Dans une prise de position réceptionnée le 7 avril 2021, le Dr E. _____ – psychiatre suivant l'assurée depuis le 22 septembre 2020 – a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F31.1) dans le contexte d'une symptomatologie caractérisée par une fatigue chronique, une perte de plaisir et d'énergie, une prise de poids ainsi que des douleurs multiples. De l'avis du médecin-traitant, une reprise de l'activité de coiffeuse n'est – en dépit du traitement à base d'antidépresseurs et d'anxiolytiques – plus possible compte tenu des restrictions occasionnées par les atteintes (OAIE pce 98).

B.f Se référant principalement à l'avis susmentionné du Dr E. _____, le Dr F. _____ – médecin SMR spécialisé en psychiatrie et psychothérapie – a retenu dans un rapport du 8 avril 2021 que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen avec somatisation (CIM-10 F31.1) à l'origine d'une incapacité globale de 30 % dans les activités ménagères, évaluée « par appariement du rapport médical du [Dr E. _____] et du questionnaire économique subjectif de l'assurée ». A l'appui de cette évaluation, le médecin-conseil a observé qu'il « n'existe pas d'incohérences notables, et le poids des souffrances est limité par la prise en charge et par le niveau d'intensité moyen des troubles » (OAIE pce 101 ; cf. également rapport du Dr F. _____ du 8 mars 2021, OAIE pce 94).

Dans une prise de position du 12 juillet 2021, le Dr G. _____ – médecin SMR spécialisé en médecine interne, en rhumatologie et en médecine physique et de réhabilitation – a retenu les diagnostics principaux d'épisode dépressif avec syndrome somatique et d'ostéotomie de Weil du pied gauche (M2-M3-M4) pratiquée le 29 avril 2019 et compliquée d'une algodystrophie (CIM-10 M89.07). Procédant à une évaluation des empêchements subis par l'assurée dans ses différentes tâches ménagères, le médecin-conseil a considéré que cette dernière a subi dans les suites de l'opération du pied gauche du 29 avril 2019 « une incapacité de travail de 51 % en moyenne pour les travaux de ménage » qui s'est prolongée jusqu'au 30 septembre 2020 de manière à tenir compte de la non consolidation de l'extrémité du 2^{ème} métatarsien du pied gauche documentée par

la scintigraphie osseuse réalisée le 26 juin 2020 (OAIE pce 128 ; cf. également rapports du Dr G. _____ des 15 juin 2021 et 19 février 2021, OAIE pces 93 et 111).

Une nouvelle IRM lombaire réalisée le 4 octobre 2021 a mis en évidence principalement des discopathies en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une protrusion discale non latéralisée en L1-L2 (OAIE pce 151).

B.g Après avoir résumé les différentes pièces médicales figurant au dossier, le Dr H. _____ – médecin SMR spécialisé en médecine générale – a relevé dans un rapport du 21 octobre 2021 que les informations cliniques à disposition ne documentaient pas de modification de la capacité de travail de l'assurée mais étaient insuffisantes pour évaluer l'incidence des atteintes de l'assurée, proposant de ce fait la mise en œuvre d'un examen orthopédique complet décrivant son anamnèse et status clinique (OAIE pce 152).

Le 23 novembre 2021, observant que « la scintigraphie osseuse du 26 juin 2020 était rassurante et démontrait une nette régression des signes d'algodystrophie », le Dr G. _____ a retenu que « les documents mis à disposition par l'assurée ne permettent pas d'apporter une modification des incapacités de travail retenues jusqu'à présent », considérant « en connaissance de l'ensemble du dossier [...] qu'il n'y a pas d'indication à une expertise médicale actuellement » (OAIE pce 154).

B.h Par décision du 16 février 2022, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée à la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2020 ainsi que les rentes pour enfant liées à cette prestation (OAIE pce 158).

C.

L'assurée interjette recours contre la décision de l'OAIE du 16 février 2022, concluant en substance à ce qu'une rente complète d'invalidité lui soit accordée (TAF pce 1). A l'appui de ses conclusions, elle produit une appréciation médicale non-datée du Dr I. _____ – de spécialité inconnue – qui rapporte la symptomatologie actuelle de l'assurée à un SDRC de type I, confirmé cliniquement et par scintigraphie (TAF pce 1 annexes).

Pour sa part, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 16). Dans une prise de position du 6 septembre 2022 annexée au mémoire de réponse, le Dr J. _____ – médecin SMR

spécialisé en médecine interne générale – a observé que le rapport du Dr I. _____ « n’anème pas d’élément médical objectif significatif nouveau ou qui n’aurait pas été pris en compte » et n’est en particulier pas de nature à remettre en causes les prises de position SMR figurant au dossier (TAF pce 16 annexes).

Le 4 novembre 2022, l’assurée a encore produit une prise de position du Dr C. _____, qui fait état de troubles fonctionnels et cicatriciels persistants au niveau du pied gauche, soit notamment une limitation de la mobilité des orteils ainsi qu’un trouble de sensibilité majeur lié à l’algodystrophie (TAF pce 19).

Par ordonnance du 11 mai 2023 restée sans réponse, l’assurée a été interpellée par la cour de céans quant au risque de reformatio in pejus inhérent à son recours (TAF pce 24).

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b 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 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). 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), le recours est recevable.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s’appliquent dans leur version en vigueur au moment de l’examen du recours (ATF 130 V 1 consid. 3.2)

1.3 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d’office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l’argumentation juridique développée dans la décision entreprise. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n’examine les questions de droit non

invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées).

2.

Le litige s'inscrit dans le double contexte du droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations et de l'octroi d'une rente limitée dans le temps. Il porte singulièrement sur la quotité et le maintien au-delà du 31 décembre 2020 de la rente allouée à partir du 1^{er} juillet précédent.

3.

3.1 Vu les éléments d'extranéités 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 : règlement 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 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5).

3.2 Le 1^{er} janvier 2022, la loi fédérale révisée sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur (« développement continu de l'AI », modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, FF 2017 2535). Conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si un droit à la rente a pris naissance jusqu'à cette date. Si tel est le cas, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaires s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Applicable au cas d'espèce dès lors que la recourante avait entre 30 et 54 ans à l'entrée en vigueur de la modification en question, la let. b al. 1 de ces dispositions transitoires prévoit que la quotité de la rente ne change pas tant que le taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17, al. 1, LPGA. Sous cette réserve, l'examen du droit à la rente litigieuse – dans la mesure où elle a pris naissance avant le 1^{er} janvier 2022 – reste soumis à l'ancien droit (entre autres arrêts du TF 9C_548/2022 du 23 février 2023 consid. 1.1 ; cf. également Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} juillet 2022, ch. 9100 ; Circulaire relative aux

dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état le 1^{er} janvier 2022, ch. 1007 à 1010).

4.

4.1 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 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) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Applicable par analogie en présence d'une nouvelle demande de prestations ou de l'octroi d'une rente limitée dans le temps (cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants [ci-après : RAVS, RS 831.101] ainsi que l'ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3.2), l'art. 17 LPGGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4.2 On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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.

Pour les assurés exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité s'évalue en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est quant à elle évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (28a al. 2 LAI).

4.3 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêt TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI). C'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités).

4.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la

maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

5.

En l'occurrence, il est constant que l'état de santé de l'assurée a subi une modification depuis sa première demande du 26 février 2003. Aussi l'OAIE est-il à juste titre entré en matière sur la nouvelle demande du 27 janvier 2020, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté. Demeurent en revanche litigieuses la quotité de la rente allouée depuis juillet 2020 ainsi que sa suppression dès janvier 2021. Alors que l'office AI reconnaît à la recourante une invalidité de 51 % dès le 29 avril 2019 puis de 30 % à compter d'octobre 2020, cette dernière explique que son état de santé actuel n'a subi aucune amélioration, considérant que son « incapacité est toujours la même (arrêt d'incapacité 100%) ». Ce faisant, la recourante reproche principalement à l'OAIE d'avoir établi les faits de façon inexacte.

5.1 On doit donner partiellement raison à la recourante. Pour évaluer l'incidence des atteintes à la santé de l'assurée, l'autorité inférieure s'est en effet fondée essentiellement sur les appréciations documentaires fournies le 8 avril, 12 juillet et 23 novembre 2021 par ses médecins-conseil les Drs G. _____ et F. _____ (OAIE pces 101, 128 et 154). Contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, on ne voit toutefois pas que ces prises de position suffisent à établir les circonstances médicales pertinentes au degré de vraisemblance prépondérante requis. Selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est en effet soumise à des exigences sévères lorsque comme ici, un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, mais en se référant uniquement ou principalement aux rapports de médecins rattachés aux

assureurs : s'il existe un doute même minime (« geringe Zweifel ») sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5; 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.3 in fine). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme c'est le cas ici, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3).

Or, la documentation médicale versée au dossier est ici insuffisante pour trancher les droits litigieux sur la base principalement de l'appréciation documentaire de médecins rattachés à l'autorité précédente. Au plan somatiques, les atteintes à la santé dont souffre l'assurée semblent certes relativement circonscrites, avec principalement des scapulalgies gauches, des troubles du rachis objectivés notamment par l'IRM lombaire réalisée le 1^{er} février 2019 ainsi qu'une algodystrophie apparue dans les suites d'une ostéotomie du pied gauche pratiquée le 29 avril 2019. On cherche toutefois en vain au dossier une évaluation médicale spécialisée comportant le status clinique de l'assurée et permettant par conséquent d'évaluer l'incidence de ces atteintes sur son état de santé. Si plusieurs médecins ayant personnellement examiné la recourante – à l'instar des Drs C._____, B._____ et I._____ – lui reconnaissent certes certaines limitations ou fournissent des informations d'ordre clinique, les rapports médicaux versés au dossier ne comportent en particulier aucune description exhaustive des capacités fonctionnelles de l'assurée. De telles informations sont pourtant primordiales, tout particulièrement lorsque l'on se trouve comme ici en présence d'atteintes de nature orthopédique ou ayant une incidence fonctionnelle (à cet égard, cf. arrêt du TF 9C_93/2019 du 10 avril 2019 consid. 4.1.2 et 9C-335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 4.2.2). Contrairement à ce que semble soutenir le Dr G._____ dans son rapport du 23 novembre 2021, il n'y change rien dans ce contexte que la dernière scintigraphie réalisée a documenté une régression des signes d'algodystrophie. Ce constat ne permet du moins pas de conclure à la disparition des symptômes liés à cette atteinte puisqu'il s'agit là d'un diagnostic essentiellement clinique laissant peu de place aux examens radiologiques (radiographie,

scintigraphie, IRM) ; à l'inverse, l'évolution – documentée par les scintigraphies réalisées – des signes d'algodystrophie aurait justement supposé la réalisation du status clinique complet de l'assurée de manière à évaluer les conséquences de cette atteinte (à cet égard, cf. arrêts du TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5 et U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 4.2). Dans son rapport du 21 octobre 2021, le Dr H._____ relève d'ailleurs expressément la nécessité de mettre en œuvre une expertise orthopédique eu égard précisément au peu d'informations cliniques disponibles en l'état du dossier. Aussi le Dr G._____ peine-t-il à convaincre lorsqu'il écarte la nécessité de mener une telle évaluation complémentaire en se référant aux résultats des différentes imageries réalisées.

La situation est tout autant équivoque au plan psychique. On comprend ainsi difficilement comment le Dr F._____ a pu admettre une incapacité de 30 % due à un trouble dépressif par simple « appariement du rapport médical du [Dr E._____] et du questionnaire économique subjectif de l'assurée ». Le rapport du psychiatre traitant auquel se réfère le médecin SMR se borne en effet à énumérer de façon générale les symptômes observés chez l'assurée, sans se prononcer sur leur gravité, leur intensité ou leur fréquence. Or, pour fournir une évaluation probante de la situation médico-psychiatrique, le spécialiste doit précisément exposer – au regard de l'examen clinique – les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les résultats obtenus sont susceptibles de réduire les capacités fonctionnelles et les ressources psychiques de l'assuré sur les plans qualitatif, quantitatif et temporel (ATF 148 V 49 consid. 6, 145 V 361 consid. 4.3 143 V 418 consid. 6). Par ailleurs, la nature invalidante d'une atteinte à la santé psychique doit être appréciée dans le cadre d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281, qui n'apparaît ici avoir été menée sérieusement ni par le Dr E._____, ni par le Dr F._____ (cf. ATF 148 V 49 s'agissant en particulier des troubles dépressifs).

5.2 En définitive, il manque au dossier une évaluation médicale issue d'un examen personnel de l'assurée, comportant une description exhaustive de son status clinique et désignant précisément les répercussions des atteintes diagnostiquées. Il apparaît par conséquent douteux que les conclusions fournies sur dossier par les médecins-conseil de l'autorité précédente – à savoir également celles fournies pendente lite par le Dr J._____ – retranscrivent fidèlement les capacités de travail de la recourante.

En présence de doutes quant à la fiabilité des conclusions des médecins-conseil consultés par l'autorité inférieure, il n'est ainsi pas possible d'établir l'état de santé de l'assurée et, par conséquent, de se prononcer sur le droit

à la rente. Aussi le dossier doit-il être complété par la mise en œuvre d'une instruction visant à établir la capacité médico-théorique de l'assurée compte tenu de l'ensemble de ses atteintes. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de provoquer une appréciation documentaire de ses médecins SMR, qui se sont prononcés sans disposer de constatations cliniques circonstanciées et exhaustives. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4.). Singulièrement, pour établir les circonstances médicales pertinentes, l'OAIE mettra en œuvre – dans le respect des art. 72bis RAI et 44 LPGA – une expertise pluridisciplinaire comprenant à tout le moins les volets orthopédique, psychiatrique et de médecine interne.

6.

En définitive, le recours doit être admis et la décision du 16 février 2022 annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

7.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 16 février 2022 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée à la recourante avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS).

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. 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 :