



Cour III
C-1511/2019

Arrêt du 2 mars 2021

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Viktoria Helfenstein, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (France),
représentée par Maître Yann Lam, MBLD Associés, GE,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 26 février 2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assurée, la recourante, l'intéressée) est une ressortissante portugaise née en 1967 et domiciliée en France (OAIE pce 2 et 90). Sans formation professionnelle, elle a exercé en Suisse différents emplois depuis 1986, soit notamment ceux de lingère et d'employée de restauration (OAIE pces 2, 11, 31 et 105). Dans ce contexte, elle a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OAIE pce 94).

A.a En novembre 2000, alors qu'elle travaillait en qualité de lingère dans une maison pour personnes âgées, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en relation essentiellement avec des douleurs poly-articulaires chroniques, une fibromyalgie, un état dépressif et des troubles du sommeil (OAIE pces 2, 13, 14 et 61).

Procédant à l'instruction du dossier, l'administration a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire aux Drs B._____ et C._____ du Centre d'observation médicale D._____ lesquels se sont adjoints les services des Drs E._____ (spécialiste en rhumatologie) et F._____ (spécialiste en psychiatrie ; OAIE pces 18, 19). Selon le rapport établi consécutivement le 30 septembre 2002, A._____ – qui signale entre autres des vertiges, des troubles de la concentration, de la mémoire et du sommeil, une asthénie ainsi qu'une fatigabilité – souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode léger avec syndrome somatique, d'une personnalité prépsychotique avec traits dépendants, ainsi que d'une fibromyalgie, traduisant notamment un abaissement du seuil douloureux. A dire d'experts, l'assurée présente une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'ensemble de ces troubles, c'est-à-dire physiquement allégée, évitant les ports de charges, les mouvements répétitifs des membres supérieurs et les positions suscitant une extension de la nuque (OAIE pce 31).

Cela étant, par décision du 11 avril 2003 – confirmée sur opposition le 5 septembre suivant –, l'assureur-invalidité a rejeté la demande de l'assurée, considérant qu'en l'absence de limitation fonctionnelle objective, celle-ci ne présentait pas de trouble de la santé invalidant (OAIE pces 38 et 52). Après avoir été annulée par arrêt du Tribunal cantonal G._____ des assurances sociales du 1^{er} novembre 2004, cette décision sur opposition a été confirmée par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 24 août 2005 (OAIE pces 61 et 68).

A.b Le 11 octobre 2006, alors qu'elle avait débuté un emploi de caissière chez H. _____ le mois précédent, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant derechef souffrir d'une fibromyalgie (OAIE pce 77). Sur l'avis de son médecin conseil – qui a exclu toute aggravation de l'état de santé de l'assurée (OAIE pce 83) –, l'assureur a refusé d'entrer en matière sur cette demande (décision du 1^{er} février 2007, OAIE pce 89).

B.

A la suite de la section accidentelle du nerf médian du poignet gauche, intervenue le 19 septembre 2015 et opérée le 22 septembre 2015 (OAIE pce 91 p. 328 à 333), l'assurée – dont le taux d'occupation chez H. _____ s'élevait alors à 80 % (OAIE pces 100, 105 et 122) – a déposé le 19 avril 2016 une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (OAIE pce 95).

B.a Dans un rapport du 11 avril 2016, le Dr I. _____ – chirurgien orthopédique et spécialiste de la main – a observé que l'assurée présentait des douleurs de réinervation et un syndrome irritatif au niveau de la cicatrice de suture nerveuse. L'index est non fonctionnel et exclu en raison de douleurs irradiantes d'hyper sensibilité, localisées au nerf collatéral radial de l'index et à la branche de division entre le 2^{ème} et le 3^{ème} doigt (OAIE pce 91 p. 310 ; cf. également rapports du 21 décembre 2015 OAIE pce 91 p. 322).

En mai 2016, la Dre J. _____ – spécialiste de la douleur – a expliqué que l'intéressée continuait à présenter au niveau de l'index gauche des douleurs rebelles de type neuropathique. L'intensité de la douleur est autoévaluée à 32/100, avec des paroxysmes à 80/100. Renonçant à formuler un pronostic en raison de l'évolution incertaine de l'atteinte, la médecin traitant a constaté l'exclusion de l'index en raison de limitations de flexion et de difficultés de préhension. A suivre la Dre J. _____, un travail excluant l'utilisation de la main gauche reste possible, le rendement étant néanmoins réduit (rapport du 2 mai 2016, OAIE pce 95; cf. également prise de position du 4 mars 2016, correspondance du 18 avril 2016 et rapport du 20 février 2017, OAIE pce 91 p. 314, pces 95 et 130).

Afin de minimiser le syndrome irritatif observé et les décharges électriques persistant au niveau du nerf médian, le Dr I. _____ a réalisé une reprise chirurgicale en date du 6 juillet 2016 (rapports des 20 mai et 14 septembre 2016, OAIE pces 98 et 115). Devant la persistance de douleurs et d'une

gêne au niveau du bord radial, une nouvelle intervention visant essentiellement à rendre l'index insensible a été pratiquée le 18 janvier 2017. Lors de la visite du soir ayant suivi cette opération, une disparition des douleurs au niveau de l'index et du 3^{ème} doigt et une mobilité complète des doigts étaient mises en évidence. Ainsi, l'assurée ne semblait « plus décrire les douleurs qu'elle avait auparavant mais cela [était] à confirmer pour le futur » (rapports des 14 septembre 2016 et 18 janvier 2017, OAIE pces 115 et 126). Cela étant, dans un rapport du 14 février 2017, le Dr I. _____ a observé que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, admettant dès le 14 février 2017 une capacité de travail complète dans une activité n'impliquant pas l'utilisation de la main gauche (OAIE pce 126).

Après avoir succinctement résumé l'anamnèse récente de l'assurée, le Dr K. _____, médecin SMR, lui a reconnu une pleine capacité de travail dès le 14 février 2017 dans une activité impliquant une utilisation en appoint de la main gauche, considérant « au vu du rapport post-opératoire, [qu'il n'y avait] aucune raison de s'écarter des conclusions des médecins traitants » (rapport du 1^{er} mars 2017, OAIE pce 133).

Dans un rapport du 10 mars 2017, le Dr I. _____ a observé que les douleurs au niveau de l'index avaient évolué suite à la dernière opération, pour devenir des « douleurs au froid ». Les douleurs au niveau de la face dorsale de ce doigt ont disparu. Il existe en revanche des douleurs aux niveaux de la paume et de l'éminence thénar, siège de la suture nerveuse où probablement existe un névrome de proximité. Quant aux douleurs allodymiques, elles semblent en voie d'amélioration (OAIE pce 136).

Sur prescription de son neurologue le Dr L. _____, l'assurée a été reçue en mai et en juin 2017 à la consultation psychiatrique du Dr M. _____, qui a diagnostiqué un trouble du déficit d'attention-hyperactivité (TDA-H) de type mixte avec hyperactivité et impulsivité, tenant pour probable que des troubles du sommeil participent aux difficultés attentionnelles observées (OAIE pce 166). A cet égard, une polysomnographie réalisée les 9 et 10 mai 2017 a permis d'exclure le diagnostic de syndrome des apnées obstructives du sommeil, suggérant en revanche la présence d'un syndrome des jambes sans repos (OAIE pce 166).

Le 20 mars 2018, le Dr N. _____, médecin SMR, a expliqué que s'il a été diagnostiqué en 2017 seulement, le trouble de TDA-H documenté par le Dr M. _____ est présent depuis l'enfance déjà, les difficultés de la concentration et de l'attention manifestées par l'assurée ayant par ailleurs aussi été observées lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2002. De même, les

troubles du sommeil mis en évidence par la polysomnographie sont connus de longue date, soit déjà en 2002, sans que cela n'ait jamais justifié d'incapacité de travail ou de limitation fonctionnelle. Aussi le médecin SMR considère-t-il que ces nouveaux documents médicaux ne sont pas de nature à modifier les conclusions du Dr K. _____ du 1^{er} mars 2017 (OAIE pce 182).

B.b Après que l'assurée ait bénéficié de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de langue (OAIE pce 111 ; cf. également OAIE pces 102 à 114) et d'une mesure d'orientation professionnelle (OAIE pces 135 et 151 ; cf. également OAIE pces 127 à 129 et 142 à 154) ainsi que de mesures d'ordre professionnel – qui n'ont abouti à aucun projet professionnel (OAIE pces 157 à 165 et 173 à 180) –, l'administration a clôturé en août 2018 le mandat de réadaptation ouvert en juin 2016 (OAIE pce 189).

B.c Par décision du 26 février 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés domiciliés à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité inférieure) a alloué à l'intéressée une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 31 mai 2017 (OAIE pce 210).

Singulièrement, l'autorité a considéré qu'à l'issue du délai d'attente de six mois dès le dépôt de sa demande, l'assurée présentait une incapacité de gain complète fondant le droit à une rente entière. Partant de l'avis du SMR, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée doit en revanche être reconnue dès le 14 février 2017. Dans le ménage par ailleurs, un empêchement de 18 % doit être admis en regard des conclusions d'une enquête économique sur le ménage réalisée le 8 janvier 2019 (OAIE pce 203 et 204).

Compte tenu des données résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires, l'intéressée reste ainsi en mesure de réaliser un revenu de Fr. 35'020.- pour une activité exercée à 80 % et de Fr. 43'775.- pour un taux d'occupation complet (ESS 2014, tableau TA1_skill level, valeurs totales, femme, niveau de compétence 1, indexation selon Indice Suisse des Salaires [ISS], durée de travail hebdomadaire de 41.7 heures, abattement pour désavantage salariale de 20 %). Or, ce salaire d'invalidité conduit à une invalidité inférieure à 40 % lorsqu'on le compare au revenu de Fr. 45'688.- que l'assurée réaliserait si elle avait poursuivi son ancienne activité à un taux de 80 % (OAIE pces 100 et 190), soit Fr. 57'110.- pour une occupation à temps complet. Par conséquent, le droit à la rente s'éteint à la fin mai 2017, trois mois après que l'assurée ait recouvré sa capacité résiduelle de travail.

C.

L'assurée interjette recours contre la décision de l'OAIE du 26 février 2019. Sous suite de frais et dépens, elle conclut à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} octobre 2016 (TAF pce 1).

L'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6).

Par réplique du 20 août 2019, l'assurée a produit un rapport du Dr I. _____ du 4 avril 2019. A suivre ce médecin, la prise de position du 14 février 2017 par laquelle il attestait de la pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée consistait en une réponse très théorique à l'intention de l'assurance-invalidité. En l'état, il s'avère que l'opération du 18 janvier 2017 n'a pas permis d'amélioration, voire a entraîné une péjoration des symptômes avec exclusion complète du pouce et de l'index, devenus douloureux, hypersensibles et inutilisables, respectivement une exclusion complète de la main. Aussi – après avoir exclu toute perspective d'amélioration au niveau des douleurs neurologiques – le Dr I. _____ considère-t-il que les séquelles de l'accident ne permettent pas à l'assurée de reprendre une activité, même adaptée (TAF pce 8 annexe 13).

En duplique, l'OAIE a persisté dans ses conclusions, produisant à cet effet un avis de la Dre O. _____, médecin SMR, qui exclut que le rapport ci-dessus du Dr I. _____ constitue un élément nouveau ou susceptible de modifier les conclusions de ses collègues du SMR (rapport du 9 septembre 2019, TAF pce 11).

L'assurée a maintenu sa position par écriture du 30 octobre 2019 (TAF pce 13).

Droit :**1.****1.1**

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. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui

lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il 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 du 26 février 2019 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, 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. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

1.3 Domiciliée en France voisine, la recourante doit être qualifiée de frontalière, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité a à bon droit été menée par l'office AI du canton de Genève et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI).

2.

2.1 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

2.2 Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 218 consid. 2, 128 V 315, 121 V 365 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1, 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas d'espèce, il y a donc lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à la décision du 26 février 2019. Cela étant, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce.

3.

Défini par les conclusions de la recourante, le litige porte exclusivement sur le droit de celle-ci à une rente d'invalidité, le droit à des mesures de réadaptation n'était pas contesté en procédure judiciaire (sur l'étendue de l'objet du litige, cf. MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif in Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, n° 11 ss p. 440 ss). Dès lors que l'assurée – après la décision négative du 11 avril 2003 excluant tout trouble invalidant, confirmée par jugement du Tribunal fédéral des assurances du 24 août 2005, et la décision de non entrée en matière du 1^{er} février 2007 – a pu reprendre, chez H. _____ une activité dans une mesure comparable à son activité initiale de lingère, la demande du 19 avril 2016 doit être traitée non pas sous l'angle de l'art. 87 al. 3 RAI, mais de la même manière qu'une demande initiale (TF 8C_801/2018 du 13 février 2019 consid. 4.1 et 8C_876/2017 du 15 mai 2018 consid. 4.1 ; TAF C-1075/2019 du 13 novembre 2020 consid. 2.2).

4.

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque la recourante, domiciliée en France, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, 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 ; TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 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 de l'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).

Selon l'art. 17 LPGA – applicable par analogie aux rentes dégressives ou limitées dans le temps (entre autres : TF 9C_704/2016 du 28 décembre 2016 consid. 2.2 et les références ; cf. ég. ATF 125 V 413 ; TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3 ; sur l'institution de la révision en général, cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 10 s.; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss) – la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

4.2 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 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, 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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il 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).

4.2.1 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 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI).

S'agissant en particulier des douleurs et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à en établir l'existence, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales 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 130 V 352 consid. 2.2.2 ; cf. ég. ATF 141 V 574 consid. 4.1, 141 V 281 consid. 2, 140 V 290 consid. 3.3.1 et 130 V 396 consid. 5.3.2).

4.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit 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 de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c et les références).

4.4 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 sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance pré-

pondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

5.

En l'occurrence, l'assurée comptait au moins trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité ayant justifié sa demande de prestations du 19 avril 2016 (OAIE pce 94). Par ailleurs, il est établi que l'accident du 19 septembre 2015 a entraîné une invalidité complète à tout le moins jusqu'au mois de février 2017, de manière à fonder le droit à une rente entière du 1^{er} octobre 2016 au 31 mai 2017 (art. 88a RAI). A cet égard, même si ces circonstances – admises de part et d'autre – n'ont pas lieu d'être développées outre mesure (s'agissant de la maxime de l'instruction et de ses corollaires, cf. consid. 2.1 ci-dessus et l'ATF 116 V 23 et réf. cit. ; s'agissant par ailleurs du pouvoir d'examen du tribunal saisi d'un cas de rente rétroactive et dégressive, cf. ATF 131 V 164 et 125 V 413), l'incapacité de travail et de gain subie par l'assurée du jour de l'accident au mois de février 2017 ressort clairement du dossier. Dans cet intervalle en effet, trois interventions chirurgicales ont été pratiquées au niveau du poignet gauche de l'assurée, à savoir les 22 septembre 2015 (OAIE pce 91 p. 328 à 333), 6 juillet 2016 (rapports des 20 mai et 14 septembre 2016, OAIE pces 98 et 115) et 18 janvier 2017 (rapports des 14 septembre 2016 et 18 janvier 2017, OAIE pces 115 et 126). Aussi le Dr I. _____ – chargé de ces opérations – atteste-il dans ses rapports successifs de la pleine incapacité de travail de cette dernière jusqu'au 14 février 2017, où une capacité résiduelle est pour la première fois reconnue de façon non-équivoque (cf. rapport des 20 mai 2016 et 14 février 2017, OAIE pces 98 et 126 ; certificats de septembre, octobre, décembre 2015 et février, mai 2016, OAIE pce 91 p. 318, 321, 326, 329, 331 et 332, pce 98). Quant aux autres médecins consultés, ils retiennent également de manière concordante la pleine incapacité de l'assurée jusqu'au mois de février 2017, depuis quand une capacité résiduelle est effectivement reconnue dans une activité adaptée (cf. en particulier rapport du 1^{er} mars 2017, OAIE pce 133 ; cf. ég. OAIE pces 95 et 130 ainsi que pce 91 p. 320 et 330).

5.1 Cela étant, seule demeure litigieuse la question du droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 31 mai 2017. Singulièrement, cette dernière reproche à l'autorité inférieure d'avoir établi les faits de façon inexacte en se référant exclusivement aux rapports des médecins SMR et des médecins traitants pour retenir l'existence, dès février 2017, d'une amélioration de son état de santé entraînant la suppression au 31 mai 2017 de sa rente d'invalidité.

5.2 On doit donner raison à la recourante. En tant qu'elle concerne la capacité résiduelle de travail de l'assurée, la décision attaquée renvoie essentiellement à l'avis du Service médical régional, soit aux rapports des Drs N. _____ et K. _____ des 20 mars 2018 et 1^{er} mars 2017 (OAIE pces 133 et 182) ; 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 requis.

Selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est en effet soumise à des exigences sévères lorsque comme en l'espèce, l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles (« geringe Zweifel »), subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 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 (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) 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: TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1 et réf. cit.).

Or, en l'occurrence, l'état de fait médical n'apparaît pas à ce point dénué d'équivoque pour être tranché sur la base principalement d'appréciations documentaires de médecins rattachés à l'assurance. Il est vrai que les atteintes dont souffre l'assurée au niveau de la main gauche apparaissent établies au plan purement organique. Ainsi, tous les médecins consultés observent chez cette dernière une section du nerf médian du poignet gauche ayant donné lieu à une suture nerveuse, le Dr I. _____ évoquant en sus un probable névrome de proximité (entre autres, rapports du Dr I. _____ des 21, et 22 septembre 2015 et 10 mars 2017, pces 91 et 136 ; rapports de la Dre J. _____ des 4 mars et 2 mai 2016, OAIE pces 91 et 95 ; rapports SMR des 28 novembre 2016, 1^{er} mars 2017 et 20 mars 2018, OAIE pces 121, 133 et 182). En revanche, les répercussions de cette atteinte sur les capacités fonctionnelles de l'assurée ne ressortent pas clairement du dossier. En particulier, si au niveau de la mobilité, de larges restrictions sont systématiquement constatées par les médecins consultés –

à l'instar des médecins SMR, qui excluent en substance l'utilisation de la main gauche –, aucun rapport ne consigne de façon systématique et exhaustive les limitations dont souffre l'assurée. D'ailleurs, on peine à identifier précisément quels doigts de la main gauche sont concernés par une perte de mobilité, certains médecins évoquant les trois premiers doigts (rapport du Dr M. _____ de mai 2017, OAIE pce 168) lorsque d'autres ne semblent désigner que l'index (rapports du Dr I. _____ du 20 mai et 14 septembre 2016, OAIE pces 98 et 115), respectivement l'index et le pouce (rapport du 10 mars 2017, OAIE pce 136). C'est en vain également que l'on recherche dans le dossier un document médical décrivant de manière circonstanciée les plaintes de l'assurée en relation avec cette atteinte de la main gauche. L'évolution des douleurs de l'assurée est certes décrite dans les correspondances successives du Dr I. _____ à l'intention de la Dre J. _____ (entre autres, rapports des 14 septembre 2016, 18 janvier et 19 mars 2017, OAIE pces 115, 126 et 136). La démarche de ce médecin s'inscrivait toutefois dans le traitement de la symptomatologie algique de sa patiente plus que dans l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail. En cela, on voit mal que ces rapports médicaux succincts permettent l'examen purement documentaire de la capacité de travail de l'assurée.

En définitive, le dossier ne contient aucune évaluation clinique issue de l'examen personnel de la recourante et décrivant de façon suffisante les constatations cliniques pertinentes et les plaintes exprimées par cette dernière. Une telle appréciation apparaissait pourtant d'autant plus nécessaire que l'assurée présente un syndrome de fibromyalgie avec abaissement du seuil douloureux (expertise du Centre d'observation médicale D. _____ du 30 septembre 2000, OAIE pce 31). Or, cette atteinte est susceptible d'avoir une incidence sur la symptomatologie liée à la lésion du nerf médian, si bien qu'une description précise du status clinique se présente ici au premier plan. Ne résultant pas non plus de l'examen personnel de la recourante et ne comportant aucune discussion relative à la nature des douleurs relayées, les appréciations des médecins SMR retenues à la base de la décision attaquée ne sauraient dès lors se voir reconnaître une valeur probante suffisante.

Il s'ajoute à cela que les rapports des Drs N. _____ et K. _____ des 1^{er} mars 2017 et 20 mars 2018 ne contiennent pas d'appréciation circonstanciée de l'état de santé de l'assurée et de sa capacité de travail et de rendement. A l'inverse, les médecins SMR – qui ne sont au demeurant pas spécialisés dans les disciplines médicales ici pertinentes – se bornent à renvoyer aux conclusions retenues au début de l'année 2017 par le Dr I. _____, qui reconnaissait alors à l'assurée une pleine capacité de travail

dans une activité adaptée (rapport du février 2017, OAIE pce 126). Or, cet avis a été articulé quelques semaines seulement après l'opération du 18 janvier 2017, à savoir lorsque les effets de celle-ci étaient encore incertains (cf. rapport du Dr I. _____ du 4 avril 2019, TAF pce 8 annexe 13). Partant, on ne saurait raisonnablement admettre que cette évaluation par le médecin traitant de la capacité de travail de sa patiente suffise à conclure à l'amélioration notable de l'état de santé de cette dernière. D'ailleurs, en procédure judiciaire, le Dr I. _____ a précisément expliqué que l'opération du 18 janvier 2017 n'a pas eu d'« impact sur l'amélioration de la capacité de gain de [l'assurée] avec une situation qui s'est péjorée avec exclusion complète de la main » (TAF pce 8 annexe 13). Aussi ce chirurgien orthopédique excluait-il dans son dernier rapport du 4 avril 2019 la capacité de l'assurée à travailler, quelle que soit l'activité envisagée (TAF pce 8 annexe 13). De là, l'évaluation par les Drs N. _____ et K. _____ de la capacité résiduelle de travail de l'assurée n'apparaît pas convaincante.

5.3 Dans ces conditions, on doute que les conclusions des médecins SMR retranscrivent fidèlement les capacités de l'assurée en relation avec ses troubles de la main gauche. On peut en outre regretter que la Dre N. _____ ne s'attarde pas davantage sur la problématique liée aux troubles de l'attention et du sommeil. Comme l'explique cette médecin, il est vrai qu'il ne s'agit pas là de circonstances entièrement nouvelles, dans la mesure où les symptômes caractéristiques de ces troubles avaient déjà été observés lors de l'instruction de la demande du 28 novembre 2000 (cf. en particulier rapport d'expertise du Centre d'observation médicale D. _____ du 30 septembre 2002, OAIE pce 31). Il n'en demeure pas moins que l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail devait être examinée dans le contexte de la nouvelle demande de l'assurée (consid. 3 ci-dessus ; ATF 141 V 9 consid. 2.3 et TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2).

5.4 En définitive, en présence de doutes quant à la fiabilité des conclusions des médecins SMR, il n'est en l'état 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 résiduelle de travail 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 des médecins SMR, qui ont éludé les problématiques au cas d'espèce décisives (consid. 5.1 ci-dessus). Aussi une telle façon de faire doit-elle 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 la capacité médico-théorique de l'assurée dans le cadre de sa demande du 19 avril 2016, l'OAIE, au besoin avec le concours de l'office cantonal d'invalidité compétent, mettra en œuvre – en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement (CE) n° 883/2004) – une expertise médicale comprenant les volets orthopédique et neurologique, ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.2).

6.

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision attaquée étant confirmée en ce qu'elle alloue une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 31 mai 2017 (consid. 5 ci-avant) et annulée en tant qu'elle supprime le droit de l'assurée à une rente dès le 1^{er} juin 2017.

7.

7.1 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, 1^{ère} phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4).

7.2 Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 FITAF). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2^e phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer à la recourante, à charge de l'OAIE, une indemnité de dépens fixée à Fr. 2'800.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF).

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

La décision attaquée est confirmée en tant qu'elle alloue à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 31 mai 2017

2.

Pour le surplus, le recours est partiellement admis en ce sens que la décision attaquée est annulée en tant qu'elle supprime le droit de la recourante à une rente dès le 1^{er} juin 2017 et la cause est renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

3.

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.

4.

Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

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 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 :