



Arrêt du 27 novembre 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Viktoria Helfenstein, juges,
Mattia Bernardoni, 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 et à des mesures pro-
fessionnelles (décision du 14 mars 2023).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : la recourante, l'assurée ou l'intéressée) est une ressortissante allemande domiciliée en France, née le (...) 1983 et mère de deux enfants nés en 2016 et en 2021 (AI pces 1 et 8). Ayant travaillé en Suisse, elle a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI) d'octobre à décembre 2015 (3 mois), de mai à décembre 2016 (8 mois) et de janvier 2017 à décembre 2021 (5 années entières), soit pour une durée totale de 71 mois (AI pce 6).

B.

En date du 2 juin 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) – mesures professionnelles/rente – auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : l'OAI-B._____), en indiquant être en incapacité de travail à 100 % à compter du 4 novembre 2021 en raison d'une dépression (AI pce 1).

B.a Dans son rapport « plausibilisation de l'incapacité de travail » du 14 janvier 2022 (AI pce 7 p. 40 ss) – établi à la demande de l'assureur en indemnités journalières en cas de maladie C._____ SA (ci-après : l'assureur indemnités journalières maladie ou C._____), le Dr D._____ (psychiatre psychothérapeute FMH ; ci-après : le Dr D._____), qui a examiné la recourante en date du 13 janvier 2022, retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en faible rémission (F43.22 CIM-10). Dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle de gestionnaire d'un portefeuille d'assurés et direction d'un groupe de gestionnaires (cf. p. 2 du rapport médical précité), le médecin mentionne une incapacité de travail de 100 %, en précisant que l'évolution est incertaine.

B.b Dans son nouveau rapport « plausibilisation de l'incapacité de travail » du 13 juin 2022 (AI pce 7 p. 35 ss) – établi à la demande de C._____ –, le Dr D._____, qui a examiné la recourante en date du 10 juin 2022, retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission (F43.22 CIM-10). Indiquant une incapacité de travail dans l'activité habituelle, au jour de la visite médicale, de 100 %, le Dr D._____ prévoit une capacité de travail entière (100 %) dans l'activité habituelle à partir du 1^{er} juillet 2022.

B.c Il ressort du questionnaire pour l'employeur du 28 juin 2022 (AI pce 9) que l'assurée était sous contrat de travail du 27 novembre 2017 au 10 février 2022 à 80 % (32 heures hebdomadaires) auprès de l'entreprise

E. _____ SA en qualité de conseillère dans le département « grands-comptes / assurance de personnes » et qu'elle a été en arrêt maladie à 100 % à partir du 4 novembre 2021 jusqu'à la fin des rapports de travail.

B.d Dans son rapport à l'attention de l'OAI-B. _____ du 7 juillet 2022 (AI pce 13), la Dre F. _____ (médecin généraliste traitant [AI pce 1] ; ci-après : la Dre F. _____) retient un syndrome dépressif présent depuis le 4 novembre 2021 et une incapacité de travail de 100 % à compter de cette dernière date. Par ailleurs, le médecin indique que la patiente est suivie par une psychologue, Mme G. _____. Au sujet des antécédents médicaux, la Dre F. _____ met en exergue une paraplégie spastique héréditaire de Strümpell-Lorrain et une maladie de Basedow traitée par iode radioactif. Par ailleurs, le médecin généraliste indique que la patiente est traitée par Paroxétine, dont la dose va être augmentée à 30 mg. Comme limitations fonctionnelles, le médecin mentionne une vitesse de déplacement réduite secondaire à la paraplégie précitée. Aussi, en raison d'une aggravation récente du syndrome dépressif, la Dre F. _____ estime que sa patiente n'est pas en mesure de reprendre le travail.

B.e Confirmant le projet de décision de l'OAI-B. _____ du 23 janvier 2023 (AI pce 24), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité précédente) a, par décision du 14 mars 2023 (annexe à TAF pce 1), rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles du 2 juin 2022, au motif que l'assurée n'a présenté qu'une incapacité de travail du 4 novembre 2021 au 1^{er} juillet 2022, date à partir de laquelle l'intéressée a recouvré sa pleine et entière capacité de travail.

C.

C.a Par acte du 15 avril 2023 (timbre postal ; TAF pce 1) déposé par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans), la recourante interjette recours contre la décision précitée du 14 mars 2023, contestant en particulier avoir recouvré une pleine et entière capacité de travail à compter du 1^{er} juillet 2022. Mettant en exergue son incapacité de travail totale (100 %) depuis le 4 novembre 2021, la recourante invoque notamment son traitement médicamenteux pour conclure, implicitement, à l'annulation de la décision entreprise. A l'appui de son recours, l'intéressée transmet notamment au Tribunal plusieurs certificats médicaux établis par les Dres H. _____ (médecin généraliste ; ci-après : la Dre H. _____), F. _____ et I. _____ (psychiatre ; ci-après : la Dre I. _____), indiquant notamment un arrêt de travail du 4

novembre 2021 au 5 mai 2023. Par ailleurs, la recourante produit le rapport médical de la Dre F. _____ du 3 mai 2022, faisant en particulier état d'un syndrome dépressif présent depuis novembre 2021 et mentionnant une chute du moral depuis un mois. De surcroît, l'intéressée transmet au Tribunal de céans des ordonnances médicales des 3 octobre 2022 (prescription de Paroxétine), 17 octobre 2022 (prescription de Paroxétine et Alprazolam), 2 décembre 2022 (prescription de Paroxétine), 10 janvier 2023 (prescription de Seropram) et 20 février 2023 (prescription de Seropram, Venlafaxine et Alprazolam).

C.b Dans sa réponse du 22 juin 2023 (TAF pce 7), l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. A l'appui de sa réponse, l'autorité précédente transmet au Tribunal de céans la prise de position de l'OAI-B. _____ du 20 juin 2023. Ce dernier invoque l'appréciation du Dr D. _____ et indique que la recourante a recouvré une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle dès le 1^{er} juillet 2022. Aussi, l'Office cantonal confirme que l'incapacité de travail – qui a débuté le 4 novembre 2021 – est inférieure à une année, si bien que l'OAI-B. _____ conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

C.c Invitée à répliquer par ordonnance du 30 juin 2023 (TAF pce 8), la recourante n'a pas fait usage de ce droit, de sorte que l'échange d'écritures a été clos par ordonnance du Tribunal du 28 septembre 2023, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 10).

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

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

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

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

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

1.4 Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 et 2 LPGA, 38 al. 4 let. a LPGA et 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 14), le recours est recevable.

2.

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 14 mars 2023, par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles de la recourante, au motif que son incapacité de travail n'a duré que du 4 novembre 2021 au 1^{er} juillet 2022, l'assurée pouvant exercer sa dernière activité lucrative à 100 % à compter de cette dernière date.

3.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision

entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, n° 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 ; 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).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au RAI (RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance, au sens de l'art. 29 LAI (cf. ci-dessous, consid. 6.4), à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CI-RAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} juillet 2023, 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). En l'espèce, dès lors que s'il était accordé, le droit à la rente prendrait naissance au plus tôt le 1^{er} décembre 2022 (soit six mois après le dépôt de la demande [cf. ci-dessus, let. B] ; art. 29 LAI), il convient d'appliquer le nouveau droit à la présente cause.

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 14 mars 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). 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 (arrêts du TF 9C_758/2020

du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 14 mars 2023 (cf. ci-dessus, let. C.a) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

4.3 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante allemande, est domiciliée en France, a été assurée à l'AVS/AI et demande l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 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 TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

5.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065 ; art. 6 et 45 du règlement

n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse pendant plus de trois ans (cf. ci-dessus, 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. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{re} phr. LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phr. LPGA).

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

possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{er} LAI n'ont pas été épuisées.

6.3

6.3.1 L'évaluation du taux d'invalidité est réglée à l'art. 28a LAI. La méthode utilisée pour évaluer le taux d'invalidité (comparaison des revenus, comparaison des activités ou méthode mixte) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Aux termes de l'art. 24^{septies} RAI, ce statut est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle se trouverait l'assuré s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé : exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (al. 2 let. a) ; ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative (al. 2 let. b) ; exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100% (al. 2 let. c).

6.3.2 Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation du taux d'invalidité applicable au cas particulier, il faut se demander ce que la personne concernée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Cette question doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, et la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales doit atteindre le degré de la vraisemblance prépondérante pour que l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète soit admise. Par ailleurs, pour résoudre cette question du statut, et déterminer le champ d'activité probable de la personne concernée, en particulier lorsqu'elle accomplit ses travaux habituels, il convient de se référer à l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles du cas d'espèce (situation financière du ménage, éducation des enfants, âge, qualifications professionnelles, formation, affinités et talents personnels de la personne concernée). Cet examen tiendra également compte de la volonté hypothétique de la personne concernée, volonté qui, comme fait interne, ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs, établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 141 V 15 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 137 V 334 consid. 3.2 et les réf. cit. ; 125 V 146 consid. 2c ; arrêts du TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et les réf. cit. ; 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2).

6.3.3 Il ressort de l'art. 28a al. 3 LAI que, lorsqu'un assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGa (comparaison des revenus). Selon cette dernière disposition, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'art. 28a al. 2 LAI, qui précise que le taux d'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, qui accomplissent leurs travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils entreprennent une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode de comparaison des activités). Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte ; ATF 141 V 15 consid. 3.2 ; 137 V 334).

6.3.4 En l'occurrence, bien que la décision entreprise ne le mentionne pas expressément, l'autorité inférieure a considéré que la recourante exercerait, en bonne santé, une activité lucrative à temps partiel, soit à 80 %, et consacrerait les 20 % restants à l'accomplissement de ses travaux habituels (méthode mixte ; cf. AI pce 23).

6.4 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (concernant la relation entre les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2). L'art. 29 al. 3 LAI précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.5 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI prévoit en particulier que les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel.

7.

7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, op. cit., n° 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2, précisant que l'autorité peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion).

7.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

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

7.3.1 Ainsi, 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 par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 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).

7.3.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence

[SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI n^{os} 48 et 49).

7.3.3 Concernant 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 ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

7.3.4 Selon la jurisprudence (cf. en particulier arrêt du TF 9C_89/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.2), le fait qu'une expertise ait été effectuée à la demande d'un assureur en indemnités journalières en cas de maladie – et donc pas selon la procédure fondée sur l'art. 44 LPG (cf. ATF 141 V 330 consid. 3.2 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.9) – ne s'oppose pas à sa valeur probante pour l'évaluation du droit à la rente en matière AI. Cependant, l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes. En cas de doute, même minime, au sujet de la fiabilité et de la cohérence de l'expertise, il convient de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, comme pour les appréciations médicales internes à l'assurance. Une "expertise réalisée par des médecins spécialistes internes à l'assurance" n'a ainsi pas d'emblée la même valeur probante qu'une expertise réalisée par des médecins indépendants ordonnée par un tribunal ou par l'assureur selon l'art. 44 LPG (arrêts du TF 8C_230/2019 du 2 juillet 2019 consid. 3.2 ; 8C_71/2016 du 1^{er} juillet 2016 consid. 5 ; avec les réf. cit.).

7.3.5 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPG – qui garantit notamment les droits de participation de

l'assuré – est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.4 S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres troubles résultant de maladies psychosomatiques qui y sont assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 ; 143 V 418), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 145 V 361 consid. 3.1).

8.

En l'occurrence, la décision attaquée se fonde sur le rapport du Dr D. _____ du 13 juin 2022 (cf. ci-dessus, let. B.b et C.b). Il s'agit de déterminer si l'on peut conférer pleine valeur probante à l'appréciation du psychiatre précité.

8.1 Dans son premier rapport du 14 janvier 2022 (cf. ci-dessus, let. B.a), le Dr D. _____ indique notamment une souffrance morale et l'absence de traitement médicamenteux, l'assurée allaitant son enfant. Par ailleurs, le psychiatre indique que l'intéressée est suivie par une psychologue, en raison d'une séance par 15 jours. Au sujet des plaintes subjectives, le Dr D. _____ mentionne notamment une fatigue chronique, un manque de force et de volonté, une démotivation et une perte d'intérêt. Par ailleurs, l'intéressée se plaint d'une baisse de l'estime de soi et d'avoir « envie de disparaître ». Confrontée à des difficultés de concentration, l'assurée relate des oublis dans les activités de la vie quotidienne, un sommeil variable et un appétit faible. De surcroît, l'intéressée dit s'occuper de ses enfants, des activités ménagères, faire ses courses, préparer les repas et marcher avec son animal de compagnie. Objectivement, le Dr D. _____ constate notamment des troubles cognitifs légers sous forme de faiblesse de l'attention

et de la concentration et une mémoire dans la norme. Aussi, le psychiatre fait état d'instabilité émotionnelle, d'anxiété, de nervosité, de signes neurovégétatifs à type de tremblement et rougeur cutanée. Le Dr D. _____ signale également l'absence d'idées suicidaires exprimées. De surcroît, le médecin estime, sans en être certain, que l'état de l'assurée devrait s'améliorer.

8.2 Cinq mois plus tard, dans son second rapport du 13 juin 2022 (cf. ci-dessus, let. B.b), le Dr D. _____ mentionne la prise de Paroxétine depuis début février 2022 et un suivi psychothérapeutique auprès d'une psychologue, à raison d'une séance toutes les deux ou trois semaines. Au niveau des plaintes exprimées, le psychiatre fait état d'une assurée qui dit être allée mieux après la prise du traitement médicamenteux, mais qui va moins bien depuis trois semaines, son enfant n'ayant pas de place en crèche. En particulier, l'assurée se sent fatiguée, est très sensible sur le plan émotionnel, pleure facilement et est irritable. Aussi, l'intéressée dit avoir un sommeil souvent perturbé par un réveil nocturne vers trois heures du matin. Par ailleurs, le rapport médical indique un appétit satisfaisant. Objectivement, le Dr D. _____ constate en particulier des facultés cognitives conservées, l'absence de troubles de l'attention, de la concentration et de jugement. De surcroît, le psychiatre indique l'absence de troubles anxieux, de signes neurovégétatifs et psychotiques et la présence de labilité émotionnelle si l'on évoque la reprise de l'activité professionnelle. Mettant en exergue une humeur dans la norme, l'absence de pessimisme et d'altération de l'image de soi, le psychiatre indique également que l'assurée – qui dit vouloir retravailler et fait des projets – n'évoque pas d'idées suicidaires. Sur la base de ses constats, le médecin estime que le trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive est maintenant en rémission et non plus *en faible* rémission, comme c'était le cas au mois de janvier 2022 (cf. ci-dessus, let. B.a s). Aussi, le psychiatre indique que, environ deux semaines après la date à laquelle il a rédigé ce second rapport, soit à compter du 1^{er} juillet 2022, l'incapacité de travail ne serait plus de 100 %, mais de 0 %. Pour justifier son pronostic favorable, le psychiatre relate que « [l]'amélioration de l'état psychique de la patiente est de nature à permettre d'envisager une reprise d'activité à court terme » (cf. p. 4 du rapport).

8.3

8.3.1 Le Tribunal de céans constate que le Dr D. _____ a exprimé, dans son dernier rapport du mois de juin 2022, un pronostic d'amélioration future de la capacité de travail de la recourante. Il ressort notamment du rapport

que l'intéressée a pu prendre un traitement médicamenteux – soit un anti-dépresseur – pour soigner sa pathologie psychiatrique, alors qu'un tel traitement n'était pas possible quelques mois auparavant, en raison du fait que l'intéressée allaitait son enfant. Par ailleurs, le Dr D. _____ met en exergue – par rapport au mois de janvier 2022 – une amélioration de l'appétit, des facultés cognitives, de l'humeur, de l'estime de soi, ainsi que sur le plan neurovégétatif. Or, si ces éléments sont en faveur d'une modification positive de l'état de santé de la recourante, il n'en demeure pas moins qu'ils n'ont pas permis au Dr D. _____ de retenir une capacité de travail pleine et entière au jour du dernier examen médical qu'il a effectué sur la personne de l'assurée le 10 juin 2022 (cf. ci-dessus, let. B.b). Une telle amélioration de la capacité de travail – qui passe de 0 à 100 % – à une date future ne permet pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante lui permet bel et bien une reprise de travail à 100 %, à défaut de rapport médical établi en temps réel attestant d'une aptitude au travail pleine et entière à compter du 1^{er} juillet 2022.

8.3.2 Bien plutôt, les autres pièces médicales présentes au dossier démentent une telle amélioration de l'état de santé. En particulier, comme illustré ci-dessus (cf let. C.a), une incapacité de travail ininterrompue depuis le mois de novembre 2021 est attestée par les certificats médicaux rédigés par les médecins qui suivent ou ont suivi la recourante. Or, si de tels certificats, à défaut de contenir des motivations argumentées quant à la raison des arrêts de travail qu'ils attestent, ne permettent pas d'établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – comment a évolué la capacité de travail de la recourante à compter du 4 novembre 2021 tant dans sa dernière activité lucrative que dans des activités adaptées à son état de santé, il n'en demeure pas moins qu'ils sont de nature à remettre en question l'appréciation du Dr D. _____. Les rapports médicaux rédigés par ce dernier sur mandat de l'assureur indemnités journalières maladie – dont la valeur probante est soumise à des exigences sévères (cf. ci-dessus, consid. 7.3.3 s.) – ne contiennent aucune appréciation quant aux avis (divergents) exprimés par les autres médecins. De surcroît, malgré la présence d'affections physiques documentés, soit une paraplégie spastique héréditaire de Strümpell-Lorrain et une maladie de Basedow traitée par iode radioactif en 2013 (cf. ci-dessus, let. B.d et rapport de la Dre F. _____ du 3 mai 2022 [annexes à TAF pce 1]), le Dr D. _____ ne mentionne nullement ces pathologies, qui – faisant partie de l'anamnèse de l'intéressée – peuvent avoir un impact sur l'état de santé psychique de la recourante et permettre la pose d'un diagnostic selon les règles de l'art. Par conséquent, la seule appréciation du psychiatre mandaté par C. _____ est

insuffisante pour apprécier l'état de santé de la recourante et sa répercussion sur la capacité de travail. Contrairement au pronostic d'amélioration future émis par le psychiatre mandaté par C. _____, les pièces au dossier ne plaident pas en faveur d'une telle amélioration, étant rappelé que la Dre F. _____ fait notamment état de l'augmentation de la dose d'antidépresseur dans son rapport du mois de juillet 2022 (cf. ci-dessus let. B.d et ordonnance du 3 octobre 2022, indiquant une dose journalière de Paroxétine de 40 mg [2 x 20 mg]) et que la dernière ordonnance médicale du 20 février 2023 (cf. ci-dessus, let. C.a) mentionne un anxiolytique (Alprazolam) et deux antidépresseurs (Seropram et Venlafaxine), alors que, lors de l'examen auprès du Dr D. _____ du 10 juin 2022, seul un antidépresseur (Paroxétine) – à raison de 20 mg par jour – était administré.

8.3.3 Par ailleurs, compte tenu de l'affection psychiatrique et de sa répercussion sur la capacité de travail de la recourante – en tout cas jusqu'au jour de l'examen médical du 10 juin 2022 –, une appréciation globale, dans le cadre d'une procédure structurée, tenant notamment compte des ressources de l'assurée, des manifestations et des répercussions de son atteinte dans sa vie quotidienne aurait dû être effectuée (cf. ci-dessus, consid. 7.4). En d'autres termes, il est nécessaire d'avoir une vision d'ensemble de la situation de la recourante à la lumière des circonstances du cas particulier.

8.4 Sur le vu de ce qui précède, l'appréciation fournie par le Dr D. _____, sur laquelle s'est fondée l'autorité inférieure pour rejeter la demande de prestations, est dépourvue de valeur probante, les rapports du psychiatre ne permettant pas au Tribunal de céans de fixer la capacité de travail – et son évolution – dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé de la recourante et, le cas échéant (cf. ci-dessous, consid. 9.3), de ses travaux habituels.

En résumé, l'OAIE ne pouvait se baser sur les pièces médicales au dossier pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, l'OAIE s'est en effet contenté de faire siennes les conclusions du psychiatre mandaté par l'assureur indemnités journalières maladie, qui s'est limité à émettre un pronostic d'amélioration future de l'état de santé de la recourante, ne résistant pas à l'examen des pièces présentes au dossier, étant précisé que ces dernières – ne contenant pas d'avis de médecin psychiatre expliquant de manière circonstanciée l'impact de la pathologie de la recourante sur sa capacité de travail – ne

permettent pas non plus l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assurée.

9.

9.1 Aussi, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé de la recourante, les limitations fonctionnelles qu'elle subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause. En ce qui concerne la pièce médicale postérieure à la décision entreprise (cf. avis d'arrêt de travail de la Dre I. _____ du 7 avril 2023 [annexe à TAF pce 1]), dans la mesure où elle doit être prise en compte car elle porte sur l'état de santé de la recourante tel qu'il était avant la date de la décision litigieuse et où elle n'a pas de valeur probante (cf. ci-dessus, consid. 4.2), elle ne permet notamment pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité de travail de la recourante dans des activités adaptées à son état de santé, la Dre I. _____ se limitant à prolonger l'arrêt de travail jusqu'au 5 mai 2023, sans fournir d'explications probantes quant aux raisons de cet arrêt et aux limitations fonctionnelles qui en découlent.

9.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI (rente et mesures de réadaptation).

9.3 L'instruction à venir concernera l'état de santé de l'intéressée dans son ensemble, soit également la problématique somatique, compte tenu des antécédents médicaux (cf. ci-dessus, let. B.d). Aussi, l'OAIE mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse (cf. art. 44 LPG) dans les domaines de la médecine interne, la neurologie, la

psychiatrie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En ce qui concerne la psychiatrie, l'expertise devra répondre notamment aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418 ; 145 V 215). En particulier, la question de savoir comment les différentes incapacités de travail et limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4), permettant notamment de déterminer la capacité de travail globale de la recourante dans l'exercice de son activité lucrative habituelle, dans une activité professionnelle adaptée à son état de santé et dans l'accomplissement de ses travaux habituels, après que l'autorité inférieure aura établi la méthode à appliquer en interrogeant notamment la recourante à ce sujet (cf. ci-dessus, consid. 6.3).

10.

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 14 mars 2023 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

11.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6.1). Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de Fr. 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{re} phrase PA). Il n'est par ailleurs alloué de dépens ni à l'autorité inférieure ni à la recourante, qui n'en réclame pas (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]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 14 mars 2023 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. 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.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Mattia Bernardoni

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 :