



Arrêt du 23 mai 2025

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Philipp Egli, Vito Valenti, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (France)
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, octroi d'une rente entière limitée dans
le temps (décision du 5 mai 2022).

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante suisse née le (...) 1987, domiciliée en France, célibataire et mère de trois enfants nés en 2016, 2017 et 2022, le premier étant décédé le jour de la naissance. Elle est titulaire d'un master en science politique et d'un bachelor en relations internationales. Elle a travaillé en Suisse dès le 12 octobre 2009 à temps partiel pour B._____ comme employée au service passagers, et dès le 1^{er} octobre 2013 à temps plein en tant qu'assistante de direction pour le compte de C._____ à D._____. Plus tard, elle a travaillé pour le compte de l'Université de D._____ dès le 18 novembre 2019 à 60%, puis à 100% du 1^{er} août 2020 au 31 janvier 2021 dans une fonction de commis administratif, puis à 80% jusqu'au 31 octobre 2021 en qualité de relais en ressources humaines, cotisant durant toutes ces années à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (AI pces 1, 2, 6, 8 p. 42, 12, 19, 120, 130, 157 p. 783, 162 et 193 p. 983 ss ; TAF pce 1, annexe 10).

B.

B.a A partir du 1^{er} août 2016, la prénommée a été en incapacité de travail totale, directement après son premier congé maternité en raison d'une dépression. Elle a été licenciée par C._____ le 28 février 2018 et par B._____ le 31 mai 2018 (AI pces 2, 8 p. 42, 49 et 51).

B.b En date du 6 mars 2017, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de D._____ (ci-après : l'OAI), qui l'a reçue le 14 mars suivant. Elle a invoqué une dépression existant depuis le mois d'avril 2016 suite au décès de son premier enfant (AI pces 2 et 5).

B.c L'OAI a procédé à l'instruction de la demande en faisant appel aux dossiers des assureurs-maladie de l'assurée (AI pces 3 ss) et recueilli notamment les documents suivants :

- un certificat d'accouchement du 13 avril 2016 de la Dresse E._____, cheffe de clinique au sein d'un Département de gynécologie et d'obstétrique, précisant le terme de la grossesse, le poids et la taille du bébé (AI pce 8 p. 53) ;
- un certificat de grossesse à risque du 17 janvier 2017 de la Dresse F._____, gynécologue – obstétricienne, précisant les risques encourus par l'intéressée (AI pce 8 p. 37) ;

- un certificat d'accouchement établi le 2 mai 2017 par la Dresse G._____, médecin interniste, faisant état de la naissance d'une fille le 28 avril 2017 (AI pce 19) ;
- un rapport médical non daté de la Dresse H._____, psychiatre, reçu le 16 juin 2017, diagnostiquant avec effet sur la capacité de travail, un trouble anxio-dépressif (CIM-10 : F32) existant depuis janvier 2016 suite au décès du premier enfant de l'intéressée, relevant une incapacité de travail totale depuis le 15 janvier 2017, avec des angoisses prepartum (2^{ème} grossesse difficile) et une fatigue, l'activité habituelle n'étant pour l'heure plus exigible, mais pourrait être reprise selon l'évolution consécutive au 2^{ème} accouchement (AI pce 24) ;
- un premier certificat médical du 19 septembre 2017 de la Dresse H._____, fixant des diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation et de trouble mixte dépressif, et constatant une fatigue, une diminution de la concentration, une déprime et une labilité émotionnelle, qui constituent les limitations objectives de l'assurée (AI pce 8 p. 49 s.).

B.d Par communication du 21 juin 2017, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était alors possible en raison de son état de santé et qu'il examinerait le droit à une rente (AI pce 25).

B.e Ont encore été versés au dossier notamment les documents suivants :

- un rapport médical intermédiaire du 15 janvier 2018 de la Dresse H._____, relevant que l'état de santé de sa patiente est resté stationnaire, que le diagnostic est toujours le même, soit un trouble dépressif existant depuis le 1^{er} août 2016, que les limitations fonctionnelles sont une fatigue, une labilité émotionnelle, une difficulté de concentration, que son incapacité de travail est totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et qu'elle est suivie en psychiatrie (AI pce 40) ;
- un rapport médical intermédiaire du 2 juin 2018 de la Dresse H._____, constatant que l'état de santé est resté stationnaire, que le diagnostic avec effet sur la capacité de travail est un trouble de l'adaptation existant depuis le 1^{er} août 2016, que l'évolution est fluctuante, que les limitations fonctionnelles sont une labilité émotionnelle importante et des angoisses, que la capacité de travail est nulle dans l'activité

habituelle, qu'il y a un suivi en psychiatrie et qu'une reprise de travail sera déterminée par l'évolution de l'état de santé (AI pce 52) ;

- un rapport médical intermédiaire du 11 juillet 2018 de la Dresse H._____, indiquant un diagnostic de trouble dépressif permanent (CIM-10 : F33) et des limitations objectives de l'activité habituelle sous forme de labilité émotionnelle, d'angoisses et de frustrations suite à la perte d'emploi et du litige contre l'hôpital s'étant occupé du premier accouchement, ainsi qu'une évolution fluctuante avec une persistance des symptômes. Selon cette médecin, le pronostic est bon et l'incapacité de travail est de 100% du 8 février 2016 au 1^{er} mai 2018 (AI pce 61) ;

- un rapport d'expertise médicale psychiatrique du 5 septembre 2018 du Dr I._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, médecin SIM, assisté par Mme J._____, psychologue FSP, retenant des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, d'un point de vue psychiatrique, de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (CIM-10 : F43.22) ayant évolué vers un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.2), actuellement en rémission partielle et de symptomatologie dépressive moyenne actuellement avec syndrome somatique (CIM-10 : F32.11). L'expert pose des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de difficultés liées à l'emploi et au chômage (CIM-10 : Z56) et d'accentuation de certains traits de la personnalité tels des traits de la personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensés (CIM-10 : Z73.1). Il relève une reprise de travail exigible dès le jour de l'expertise et une absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives et uniformes dans les domaines de la vie courante. Il recommande toutefois un programme de reprise professionnelle progressive qui pourrait être de 50% dès le 1^{er} novembre 2018, puis de 100%, sans diminution de rendement, afin de permettre à la psychiatre traitante « de travailler la reprise professionnelle » et diminuer le risque de rechute en prescrivant un traitement antidépresseur. Il précise qu'en cas de refus d'un traitement antidépresseur avec monitoring sanguin, le médecin conseil pourra exiger une reprise médico-théorique du travail à 100%, par exemple dès le 1^{er} octobre 2018. En cas de décompensation des traits de la personnalité ou de rechute dépressive sévère, une hospitalisation devrait être envisagée et les arrêts maladies prolongés uniquement en cas d'aggravation objectivée chez une assurée en recherche de bénéfices secondaires. S'agissant de la capacité de travail dans une activité

adaptée, il souligne que la profession exercée est une activité adaptée à son état de santé (AI pce 60).

B.f Par communication du 30 novembre 2018, l'OAI a informé l'intéressée que son état de santé faisait toujours obstacle à l'octroi de mesures de réadaptation (AI pce 65).

B.g Consulté par l'OAI (AI pce 59), le service médical régional (SMR) a, dans un rapport final du 11 décembre 2018 du Dr K. _____, médecin praticien, psychiatre et psychothérapeute, recommandé de suivre les conclusions de l'expertise psychiatrique précitée et conclu à des atteintes à la santé incapacitantes de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (CIM-10 : F43.22) ayant évolué vers un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.2) actuellement en rémission partielle, et à une symptomatologie dépressive moyenne actuellement avec syndrome somatique (CIM-10 : F32.11). Il a retenu une incapacité de travail de 100% de janvier 2016 au 11 avril 2016, du 1^{er} août 2016 au 28 avril 2017 et de début septembre au 31 octobre 2018, de 50% du 1^{er} au 30 novembre 2018, puis enfin de 0% dès le 1^{er} décembre 2018. L'intéressée a été en congé maternité du 12 avril au 31 juillet 2016 et du 29 avril au 1^{er} septembre 2017. Les capacités de travail sont jugées totales dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé au 1^{er} novembre 2018. Il n'existe alors pas de limitation fonctionnelle (AI pce 68).

B.h Par projet de décision du 14 décembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2017 au 28 février 2019 ; il a également relevé qu'il allait lui refuser des mesures professionnelles, au motif que la demande de prestations de l'AI avait été déposée tardivement, l'intéressée ayant recouvré dès le 1^{er} décembre 2018 une pleine capacité de travail dans toute activité. Au surplus, l'autorité a précisé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, n'étant pas de nature à améliorer la capacité de gain (AI pce 71).

B.i Par écrit du 8 janvier 2019, l'intéressée a contesté ce projet de décision, faisant valoir, en substance, que depuis janvier 2016, sa capacité de travail était restreinte, tout en rappelant ses maternités, et que les conclusions de l'autorité inférieure n'étaient plus d'actualité. En effet, d'une part, l'expert serait revenu sur ses conclusions et son rapport serait erroné s'agissant de son état de santé, le motif réel de son incapacité de travail (dépression pour grossesse difficile plutôt que décès de la première fille)

n'y figurant pas. D'autre part, elle se serait inscrite au chômage dès le 15 décembre 2018 avec une capacité de travail de 20%, au motif d'être « en attente d'une décision de l'AI ». Elle s'est dite prête à être réexaminée par un-e médecin choisi-e par l'OAI. Elle a joint divers moyens de preuve, dont la plupart figuraient déjà au dossier, à l'exception des pièces suivantes : une attestation de régime fédéral des allocations pour perte de gain et/ou de régime cantonal de l'assurance-maternité du 2 mai 2016, un certificat de travail du 19 octobre 2018 établi par C. _____, un rapport du 12 octobre 2018 du Dr I. _____ demandant à la Dresse H. _____ d'adresser un rapport concernant la journée type de l'assurée et un monitoring pour un traitement antidépresseur comme demandé au moment de l'expertise, un certificat du 31 décembre 2018 de la Dresse H. _____ mentionnant une capacité de travail partielle de 20% dès le 1^{er} janvier 2019 et un rapport médical du 24 septembre 2018 de la Dresse H. _____ indiquant que l'intéressée est suivie dans son établissement, que son état psychique ne lui permet pas de reprendre le travail en novembre 2018 et qu'elle souffre d'une rechute dépressive avec des idées « noires », priant le Dr I. _____ de prolonger l'incapacité de travail au minimum jusqu'à fin décembre 2018 afin de protéger la patiente (AI pce 78).

B.j D'autres documents ont encore été versés au dossier, notamment une attestation du 5 février 2019 de l'Office régional de placement (ORP), dont il ressort que l'assurée effectue des recherches d'emploi (AI pce 83 p. 327).

B.k Invité à se déterminer par l'OAI (AI pce 82), le SMR, dans un avis de permanence du 21 février 2019 du Dr L. _____, dont la spécialisation n'est pas indiquée, a mentionné qu'il semblerait que la reprise fixée par l'expert n'a pas eu lieu à la date prévue. Il annonce alors écrire à la psychiatre traitante de l'assurée pour clarifier la situation médicale (AI pce 84).

B.l Le 13 mars 2019, l'OAI a reçu un rapport de la Dresse H. _____, qui indiquait des diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction anxio-dépressive (CIM-10 : F43) et actuellement de stress post-traumatique, ainsi que, sans impact sur la capacité de travail, de trouble dépressif moyen-léger (CIM-10 : F32). Selon cette médecin, la raison de la non reprise du travail à la date fixée par l'expertise est une rechute dépressive dans un contexte de séparation de couple très difficile. Elle relève alors une persistance de la labilité émotionnelle, des angoisses, un sentiment de colère, une fatigue, des cauchemars, l'absence de troubles psychotiques et un discours cohérent, mais revendicatif. Elle ajoute que l'assurée s'occupe de sa fille et qu'elle est fatiguée la journée.

Elle retient une capacité de travail dans l'activité habituelle de 20% et à l'avenir, de 80% dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles prenant la forme d'une labilité émotionnelle, d'une fatigue, de cauchemars et d'un isolement. Elle précise encore que sa patiente ne tolère pas les antidépresseurs (AI pce 86).

B.m Se prononçant sur cette dernière pièce médicale, le SMR a, dans un avis de permanence du 21 mars 2019 du Dr L._____, relevé que la réponse de la Dresse H._____ s'était limitée à répéter l'anamnèse et n'apportait rien de nouveau sur le plan médical pour justifier la persistance de l'arrêt de travail. Dans ces conditions, le SMR a maintenu les conclusions formulées dans son rapport final du 11 décembre 2018 (AI pce 90).

B.n Par décision du 7 mai 2019, l'OAI a alloué à l'intéressée une rente ordinaire entière et une rente entière pour enfant liée à celle de la mère du 1^{er} septembre 2017 au 31 décembre 2018, avec adaptation du montant pour la période allant du 1^{er} janvier au 28 février 2019 (AI pce 92). Il a complété sa motivation par le résultat de l'audition, à savoir essentiellement qu'au vu de l'avis du SMR et des éléments médicaux versés au dossier, aucun élément médical objectif permettant de modifier son appréciation n'avait été apporté, de sorte qu'il confirmait sa position (AI pce 93).

C.

C.a Par arrêt du 16 mars 2020, la Cour de justice de la République et canton de D._____ a, après avoir entendu les parties lors d'une comparution personnelle le 10 février 2020 (AI pces 103 et 105 p. 482 ss), déclaré recevable le recours déposé par l'intéressée le 7 juin 2019 (AI pce 95 p. 363 ss), l'a admis partiellement et annulé la décision attaquée en tant qu'elle limitait au 28 février 2019 la rente entière de l'intéressée. L'autorité cantonale a également retourné la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants, et mis un émolument de Fr. 200.– à charge de l'OAI (AI pce 111 p. 494 ss).

Dans le cadre de cette procédure cantonale de recours, ont été fournis notamment les documents suivants :

- une consultation de psychiatrie de liaison du 13 avril 2016 du Dr M._____, psychiatre, relatant notamment le souhait d'avoir un suivi psychiatrique à plus long terme chez un autre confrère, l'absence d'idées de mort passives, d'idéation suicidaire et de symptôme de la ligne psychotique (AI pce 95 p. 385 s.) ;

- un compte-rendu opératoire du 16 avril 2016 des Dresses N. _____ et E. _____, fixant un diagnostic de césarienne en urgence 1 pour pré-éclampsie sévère avec coagulation intra-vasculaire disséminée débutante, d'hématome rétro-placentaire et de mort in utero (AI pce 95 p. 382 s.) ;
- un rapport d'urgences d'une polyclinique d'ophtalmologie du 18 avril 2016, indiquant une vision floue, fugace, qui disparaît et revient, et une baisse de la vision comme signe associé (AI pce 95 p. 390) ;
- un rapport médical du 29 mai 2016 de la Prof. O. _____, médecin-adjointe agrégée, responsable d'unité, diagnostiquant une pré-éclampsie sévère, une coagulation intra-vasculaire disséminée, une mort in utero, un hématome rétroplacentaire et une maladie de Bouveret, signalant également une évolution du deuil affectant beaucoup l'assurée (AI pce 95 p. 378 s.) ;
- des rapports d'accouchement du 2 juin 2016 des Dresses N. _____, médecin interne à l'accouchement, P. _____, médecin interne au post-partum, et E. _____, cheffe de clinique, décrivant le séjour du 11 au 19 avril 2016 (AI pce 95 p. 387 ss) et retenant un diagnostic principal d'accouchement à 34 semaines et 5/7, une naissance au cours de la grossesse actuelle, faisant état d'un enfant mort-né ainsi qu'indiquant une incapacité de travail sous forme de congé maternité (AI pce 95 p. 376 s.) ;
- une attestation du 24 juillet 2017 de la Dresse H. _____, signalant que l'intéressée est suivie depuis 2016 suite à un trouble dépressif dans un contexte de problème de deuil, qu'elle a également eu un accouchement difficile et que son état de santé psychique d'alors ne lui permettait pas de travailler ou d'étudier probablement pour plusieurs mois (AI pce 95 p. 394) ;
- un certificat médical du 18 août 2017 de la Dresse F. _____, mentionnant les raisons expliquant que la grossesse était considérée à risque (AI pce 95 p. 373) ;
- un rapport médical du 24 octobre 2018 de la Dresse H. _____, décrivant une journée type de l'assurée et informant que cette dernière a essayé un traitement par antidépresseurs, ayant provoqué une intolérance (AI pce 95 p. 413) ;

- une confirmation d'inscription du 10 décembre 2018 de l'ORP pour un emploi à hauteur de 20% (AI pce 95 p. 410) ;
- un rapport médical du 12 juin 2019 du Dr Q._____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, retenant des diagnostics principaux de rétinopathie hypertensive I, de décollement du vitré symptomatique aux deux yeux et de sécheresse oculaire modérée, et précisant notamment qu'hormis la sécheresse oculaire, il n'a pas d'explication ophtalmologique pour les céphalées évoquées par l'intéressée, une hypertonie oculaire ayant été exclue (AI pce 104 p. 463 s.) ;
- une lettre de sortie du 14 octobre 2019 de Mme R._____, secrétaire médicale (médecine interne / médecine générale), évoquant une admission dans un service des urgences le 13 octobre 2019, posant un diagnostic de sortie de malaise et informant que deux malaises ont eu lieu, le premier sur le lieu de travail (AI pce 104 p. 456 ss) ;
- un rapport de consultation d'hypertension du 28 octobre 2019, établi le 30 octobre suivant par la Prof. O._____, retenant des diagnostics de pression artérielle fluctuante parfois symptomatique, de status après accouchement d'une fille dans un contexte de pré-éclampsie sévère le 28 avril 2017 et de pré-éclampsie sévère avec décollement placentaire et mort in utero en 2016, une atteinte d'organes cibles de rétinopathie hypertensive de stade 2 avec signe du croisement en 2019 et comorbidités d'obésité avec un indice de masse corporelle à 33,4 kg/m², et status post cholécystotomie en 2017, et concluant notamment à l'initiation d'un traitement léger bloquant le système rénine à titre d'organo-protection et d'effet hypotenseur léger (AI pce 104 p. 472 s.) ;
- un rapport médical du 6 janvier 2020 de la Dresse S._____, neurologue, constatant pour l'essentiel des céphalées mixtes, tensionnelles et potentiellement migraineuses très nettement entretenues par un abus médicamenteux et proposant d'optimiser le traitement en cours (AI pce 104 p. 467 ss) ;
- une attestation du 10 janvier 2020 de la Dresse H._____, indiquant que l'intéressée est depuis 2016 en dépression moyenne à grave, au moment de la consultation avec des symptômes post-traumatiques ; son état psychique reste fluctuant, ses capacités de travail atteignent 20%, son état somatique est détérioré, un bilan cardiologique montrant une instabilité de tension artérielle et un bilan ophtalmologique ayant conclu à une rétinopathie hypertensive stade II avec céphalée

importante depuis un an. Cette médecin ajoute que les troubles somatiques ont comme conséquence des malaises épisodiques et également des dyspnées respiratoires ; elle relève encore que l'assurée travaille à 20% et a tenté d'augmenter son taux d'activité, avec des conséquences psychiques et somatiques évidentes le 4 janvier 2020, jour de la consultation. Elle émet l'avis que la patiente est désireuse de s'intégrer dans le monde du travail, mais connaît beaucoup de frustration, et qu'une réadaptation professionnelle et progressive serait souhaitable (AI pce 104 p. 461) ;

- un rapport médical du 13 janvier 2020 du Dr Q._____, indiquant, en substance, qu'une hypertension intracrânienne idiopathique passée ou présente ne peut être exclue (AI pce 104 p. 465 s.) ;
- un certificat médical du 2 février 2020 de la Dresse T._____, médecin interniste généraliste FMH, faisant état de troubles somatiques sous forme de malaise à répétition investigués à plusieurs reprises, d'une patiente suivie dernièrement par un neurologue, le Dr S._____, d'une hypertension artérielle compliquée d'une rétinopathie hypertensive de stade II, avec tensions artérielles labiles, d'une aggravation de l'état psychique, avec trouble somatoforme ; cette médecin note une capacité de travail de 20% malgré les efforts à intégrer le monde professionnel et conseille une réadaptation professionnelle progressive en vue d'une reprise de l'activité professionnelle (AI pce 104 p. 462) ;
- un avis médical du SMR du 18 février 2020, rédigé par la Dresse U._____, médecin interniste généraliste (selon MedReg), relevant que le volet somatique n'a pas été suffisamment instruit et que l'évolution de l'état de santé sur le plan psychiatrique ne s'est pas avérée satisfaisante. Le SMR ne pouvant pas maintenir sa précédente appréciation, il relève qu'une reprise de l'instruction est nécessaire avec, dans premier temps, une actualisation du dossier, puis la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire (AI pce 107).

D.

D.a Reprenant l'instruction, l'OAI a recueilli de nouveaux documents, à savoir :

- une lettre d'assignation à un emploi vacant du 31 octobre 2019 de l'ORP s'agissant d'un poste de commise administrative (AI pce 121) ;

- un acte d'engagement de l'Université de D._____ du 25 novembre 2019 en faveur de l'assurée pour une fonction de commis administratif à 60% (AI pce 120).

D.b Par écrit du 30 juillet 2020 (timbre postal), l'assurée a notamment indiqué les noms de ses médecins traitants et ses revenus, être toujours inscrite à l'ORP, travailler à l'(...) en contrat auxiliaire à 20% depuis le 1^{er} septembre 2019 et à l'Université de D._____ en tant que commis administratif à hauteur de 60% depuis le 18 novembre 2019 et avoir des arrêts réguliers de son activité professionnelle en raison de problèmes de santé (AI pce 123).

D.c Ont encore été versés au dossier notamment les documents suivants :

- un rapport relatif à une IRM cérébrale du 3 février 2020 du Dr V._____, radiologue, concluant à l'absence d'anomalie significative, l'examen pouvant être considéré dans les limites de la norme et aucune anomalie vasculaire, image séquellaire, effet de masse ou de prise de contraste pathologique ne pouvant être trouvé (AI pce 144 p. 666 s.) ;
- une attestation du 7 août 2020 de l'ORP (AI pce 124 p. 564) ;
- un rapport médical du 10 août 2020 de la Dresse S._____, posant un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de céphalées chroniques vraisemblablement mixtes, d'allure tensionnelle et migraineuse en cours d'investigation dans le but d'exclure une hypertension intracrânienne bénigne néanmoins peu probable (certains jours étant exempts de toutes céphalées) sous-jacente ; cette médecin fixe des restrictions fonctionnelles de patiente limitée en raison de ses céphalées tant dans ses activités quotidiennes et ses relations sociales que dans ses activités professionnelles, et n'est pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail dans les activités habituelle et adaptée (AI pce 128) ;
- un rapport médical du 14 août 2020 de la Prof. O._____, ne retenant aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, seule une hypertension existant, favorisée par l'obésité, mais facile à contrôler, ces deux affections étant des diagnostics non incapacitants ; cette médecin fait état d'une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et, si l'assurée trouve une garde pour sa fille, dans une activité adaptée (AI pce 126) ;

- un courrier du 26 août 2020 de l'Université de D._____, annonçant que celle-ci n'estime pas nécessaire de remplir le questionnaire pour l'employeur, dans la mesure où l'assurée a commencé son activité auprès d'elle à 60% depuis le 18 novembre 2019, puis à 100% depuis le 1^{er} août 2020, et n'a pas été en arrêt médical et donc en incapacité de travail depuis son engagement (AI pce 130) ;
- un rapport médical du 4 septembre 2020 du Dr W._____, cardiologue FMH, ne retenant aucun diagnostic et aucune restriction fonctionnelle, relevant une capacité de travail variable dans l'activité habituelle, mais nulle pendant quelques heures en cas de palpitations (mais de manière imprévisible), et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (AI pce 135) ;
- un rapport médical du 7 septembre 2020 de la Dresse S._____, faisant état de céphalées de tension se compliquant occasionnellement de migraines (AI pce 144 p. 664 s.) ;
- un rapport médical du 23 septembre 2020 du Dr Q._____, ne posant aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et relevant des diagnostics sans répercussion de décollement postérieur du vitré symptomatique aux deux yeux et de rétinopathie hypertensive débutante ; ce médecin ne fait état d'aucune restriction fonctionnelle et juge la capacité de travail entière dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (AI pce 136) ;
- un rapport médical du 30 septembre 2020 de la Dresse H._____, retenant des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de stress post-traumatique (avec des cauchemars, une anxiété, un sentiment de désespoir), de labilité émotionnelle, de trouble dépressif (fatigue, trouble du sommeil, colère persistante) et de problèmes somatiques en investigation ; cette médecin diagnostique une rechute dépressive fluctuante sans répercussion sur la capacité de travail ; elle considère des restrictions fonctionnelles de fatigue, d'épisodes de faiblesse et de labilité émotionnelle ; elle fixe une capacité de travail dans l'activité habituelle de 20% à évaluer par la suite et indique, s'agissant des activités adaptées, que l'intéressée peut travailler dans sa profession si l'évolution est favorable (AI pce 141) ;
- un rapport médical du 7 octobre 2020 de la Dresse T._____, relevant des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif moyen post-traumatique et de céphalées mixtes (migraines

et tensions), et des diagnostics sans incidence de maladie de Bouveret stable depuis l'âge de 15 ans ; cette médecin signale que les limitations fonctionnelles sont d'ordre psychologique avec la survenue de malaise à plusieurs reprises sur le lieu de travail, et qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, mais que dans une activité adaptée elle pourrait être de 50 à 80% selon l'évolution (AI pce 144 p. 656 ss).

D.d En date du 13 novembre 2020, l'OAI a informé l'assurée de la mise en place de l'expertise pluridisciplinaire (AI pce 145).

D.e Consulté par l'OAI, le SMR, dans un avis médical du 13 novembre 2020 de la Dresse U._____, a estimé qu'en l'état du dossier, il ne pouvait suivre les conclusions des Dresses T._____ et H._____ concernant la capacité de travail exigible, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire demeurant nécessaire (AI pce 146).

D.f Par communication du 20 novembre 2020, l'OAI a annoncé à l'assurée la mise en place de l'expertise médicale pluridisciplinaire, le nom du centre mandaté et des experts, tout en l'invitant à formuler d'éventuels motifs de récusation (AI pce 150). L'expertise a eu lieu le 14 janvier 2021 auprès du Centre d'Expertises Médicales (Gg._____) à X._____ (AI pce 153) et ses résultats ont été consignés dans un rapport du 10 mars 2021 des Drs Y._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, Z._____, neurologue FMH et Aa._____, interniste FMH. Les experts ont retenu des diagnostics sur la plan de la médecine interne d'obésité de classe 1 et d'hypertension artérielle labile, non traitée ; sur le plan neurologique de céphalées de tension, avec tensions musculaires péricrâniennes, chroniques (ICHD3 2.3.1), sans répercussion significative sur la capacité de travail mais pouvant entraîner une baisse de rendement estimée à 20% en raison de la fatigue induite ; sur le plan psychique (diagnostic initialement incapacitant), d'épisode dépressif moyen (CIM-10 : F 32.1), évoluant depuis avril 2016 avec des intensités variables, chronicisé en raison de l'absence de traitement psychotrope adapté et de la persistance de facteurs aggravants. Il est précisé que ce dernier trouble est en rémission partielle au jour de l'expertise, avec la persistance d'une symptomatologie psychiatrique dépressive active, et d'une hyperréactivité émotionnelle. Les experts ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (l'activité habituelle pouvant être considérée comme une activité adaptée) était de 100% avec une baisse de rendement de 20% (soit 80%), précisant qu'elle a été de 0% depuis avril 2016, de 20% à partir de septembre 2018, 60% à partir de novembre 2018 et 80% depuis. Selon

eux, la mise en place d'un traitement antidépresseur, en l'absence de contre-indications et d'effets indésirables, avec contrôles sériques, devrait être prévue pour retrouver un rendement de 100%. Des pièces médicales sont annexées (rapport d'angioscanner cérébral du 28 août 2020, établi le 30 août suivant par les Drs Bb._____, médecin cheffe, radiologue FMH, et Cc._____, médecin chef de clinique adjoint, radiologue, concluant à un doute sur la présence d'un petit anévrisme de l'artère sylvienne gauche [AI pce 155 p. 709 s.] ; certificats médicaux d'incapacité de travail de 80%, établis les 12 août, 9 septembre, 14 octobre et 28 décembre 2020 par la Dresse H._____ [AI pce 155 p. 733, 737, 738 et 739] ; certificat d'incapacité de travail totale du 28 au 31 août 2020 établi le 28 août 2020 par le Dd._____, médecin assistant [AI pce 155 p. 734] ; certificat d'arrêt de travail total du 31 août au 13 septembre et du 11 au 14 décembre 2020, établis les 31 août, 7 septembre et 15 décembre 2020 par la Dresse T._____ [AI pce 155 p. 735, 736 et 741]), ainsi que chacun des volets spécialisés de l'expertise (AI pces 155, 156, 157 et 158). Les conclusions des experts, jugées convaincantes, ont été confirmées par le SMR par avis du 16 avril 2021 de la Dresse U._____, qui estime en outre nécessaire de transmettre, avec l'accord de l'intéressée, le rapport d'expertise aux médecins traitants afin que ceux-ci tiennent compte des propositions thérapeutiques des experts (AI pce 159).

D.g Par projet de décision du 6 mai 2021, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps et lui refuser des mesures d'ordre professionnel, considérant essentiellement que l'incapacité de gain était de 20% depuis le mois de décembre 2018, soit un taux n'ouvrant pas droit à une rente. Il a en outre noté que l'intéressée avait pu reprendre une activité lucrative depuis septembre 2019, à 100% dès le 1^{er} août 2020 et à 80% dès le 1^{er} février 2021 (AI pce 161).

D.h Le 1^{er} juin 2021, l'assurée a contesté le projet de décision, concluant implicitement à une non limitation de sa rente dans le temps (AI pce 164 p. 834 ss). Elle a soutenu être en incapacité de travail totale pour une durée indéterminée depuis le 26 avril 2021 en raison d'un accident non professionnel (chute dans la douche consécutive à un malaise). Elle a ajouté avoir été en « arrêt de travail à 100%[,] puis à 50% » du 16 février au 11 mars 2021 pour cause de maladie, ayant été victime d'un malaise important survenu le 16 février 2021 sur le lieu de travail avec hospitalisation. Durant ce malaise, elle a eu le visage et les membres supérieurs paralysés, une incapacité respiratoire, une quasi perte de connaissance, des vertiges, une tension élevée et des maux de tête. Le cardiologue traitant, le Dr W._____, aurait posé un diagnostic de dystonie neuro-végétative en

mars 2021. Ayant dû alors commencer un traitement médicamenteux, au début inadapté, l'intéressée aurait été victime de nombreux malaises. Elle a récapitulé les variations de sa capacité de travail depuis le 1^{er} mars 2019, se prévalant notamment d'une erreur de retranscription des conclusions de l'expertise dans le projet de décision, en relevant une incapacité de 20% plutôt que de 80% (AI pce 164 p. 834 s.). Elle a en outre expliqué sa situation professionnelle et personnelle d'alors, informant notamment avoir été licenciée par son employeur en raison d'absences répétées pour maladie et accident (AI pce 164 p. 836 ss). Elle a joint plusieurs moyens de preuve, à savoir, en plus de ceux figurant déjà au dossier, une déclaration d'accident du 27 avril 2021 avisant de blessures au dos et aux poignets lors de la chute dans la douche avec réception sur le dos le jour d'avant (AI pce 164 p. 839), différents certificats médicaux d'arrêt de travail, un courriel du 4 novembre 2019 de l'assurée informant l'ORP qu'elle a fait un nouveau malaise (AI pce 164 p. 862) et deux courriers du 28 mai 2021 de l'employeur de l'intéressée (AI pce 164 p. 863 ss).

D.i Par écrits des 12 et 27 août 2021, l'assurée a fait parvenir plusieurs certificats médicaux d'incapacité de travail totale dès le 1^{er} août 2021 pour une durée indéterminée, établis les 14 juillet, 12 et 16 août 2021 par la Dresse H._____ et le Dr Ee._____, chirurgien orthopédique FMH, tout en soulignant être toujours en arrêt accident à 100% et, depuis le 1^{er} août 2021 en arrêt maladie, et ce de manière indéterminée (AI pces 169, 170 et 171).

D.j Ont encore été versés au dossier les documents suivants :

- un document médical de transmission du 28 août 2020 du Dd._____, diagnostiquant des céphalées chroniques d'origine indéterminée (AI pce 182 p. 928 ss) ;
- un rapport médical du 8 décembre 2020 de la Dresse S._____, évoquant une patiente jugeant que l'évolution de ses céphalées était très favorable sous médicaments, et une problématique très bien contrôlée alors que l'assurée a cessé le traitement (AI pce 182 p. 927) ;
- un rapport d'arthro-IRM du poignet droit du 25 juin 2021 du Dr Ff._____, radiologue FMH, concluant à une rupture de la partie moyenne du ligament luno-triquétral, à la confirmation d'une lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire sous forme d'une perforation de la partie centrale du ligament triangulaire du carpe et quasi désinsertion de l'attache du ligament ulno-triquétral dorsal sur le ligament

triangulaire du carpe, et à un petit flap ligamentaire partiellement détaché du faisceau ventral du ligament scapho-lunaire s'insinuant dans l'interligne scapho-lunaire (AI pce 182 p. 922 s.) ;

- un rapport médical du 6 septembre 2021 du Dr W._____, retenant un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de dystonie neurovégétative et une capacité de travail de 100% depuis le 18 mars 2021 dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée (cf. également test d'effort ergométrique, AI pce 172) ;
- un rapport médical du 5 octobre 2021 du Dr Ee._____, posant un diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'entorse du poignet droit avec lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire, spécifiant que les restrictions fonctionnelles sont le port de charges et que la capacité de travail est de 100% dès le 1^{er} novembre 2021 dans l'activité habituelle (AI pce 176 ; cf. également rapport médical du 13 juillet 2021 du même médecin, qui retient un diagnostic actuel d'entorse du poignet droit avec lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire, quasi désinsertion de l'attache du ligament luno-triquétral dorsal) ;
- un rapport médical du 6 octobre 2021 de la Dresse H._____, diagnostiquant, avec effet sur la capacité de travail, une rechute anxio-dépressive et, sans effet sur la capacité de travail, une dystonie neurovégétative ainsi qu'une migraine ventriculaire en cours d'investigation neurologique. Cette médecin évoque des restrictions fonctionnelles prenant la forme d'une persistance des vertiges (en investigation), d'une instabilité tensionnelle (suivi cardiologique) et d'une anxiété avec « blocages » suite au stress important causé par son travail. Selon elle, la capacité de travail est nulle à ce moment, puis à réévaluer selon l'évolution somatique et psychique (AI pce 177) ;
- un rapport médical du 18 octobre 2021 de la Dresse T._____, fixant des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de malaise à répétition, de trouble anxiodépressif réactionnel et de lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire du poignet droit en affirmant qu'il est très difficile de prédire le nombre d'heures de travail pouvant être accomplies tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée en raison de la survenue de ce malaise sans facteur déclenchant et sans prodrome (AI pce 182 p. 917 ss).

D.k Invité par l'OAI à se prononcer sur ces nouveaux documents, le SMR, dans un avis médical du 15 novembre 2021 de la Dresse U._____, a

jugé qu'ils n'étaient pas, sur le plan somatique (cardiologique et neurologique) et psychiatrique, de nature à modifier sa prise de position précédente (aucun élément clinique allant dans le sens d'une aggravation durable de l'état de santé postérieur à l'expertise pluridisciplinaire) et remarqué que sur le plan orthopédique, l'accident d'avril 2021 (entorse du poignet droit), justifiait une incapacité totale de travail du 26 avril au 1^{er} novembre 2021 (AI pce 187).

D.I Par décision du 28 avril 2022, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), confirmant le projet de décision de l'OAI du 6 mai 2021 (voir *supra* let. D.g), a octroyé une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2017 au 28 février 2019 (AI pce 191).

D.m Par décision du 5 mai 2022 annulant et remplaçant celle du 28 avril 2022, l'OAIE a confirmé le droit à une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} septembre 2017 au 28 février 2019, au motif d'un degré d'invalidité de 100% durant cette période (AI pce 192).

E.

E.a Par acte du 7 juin 2022, l'intéressée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal), concluant implicitement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la rente entière soit allouée de façon illimitée dans le temps. Elle argue rester dans l'attente d'un projet de décision d'octroi de rente correspondant aux conclusions des experts et des médecins traitants, soit une capacité de travail réduite à 20%. Elle ajoute avoir été victime d'arrêts maladie à répétition et tenté de travailler, forcée par l'assurance-chômage qui lui aurait assigné un poste malgré sa capacité de travail limitée ; elle signale en outre avoir été licenciée en date du 26 juillet 2021 au motif d'absences répétées. Elle soutient enfin n'avoir toujours pas repris d'activité lucrative et être en congé maternité jusqu'au 28 septembre 2022, la période d'examen de son invalidité dépassant cette date. Elle joint divers moyens de preuve figurant déjà au dossier, à l'exception d'une décision de résiliation des rapports de service pendant la période probatoire rendue par son employeur le 26 juillet 2021 et d'une confirmation d'accouchement du 13 mai 2022 (TAF pce 1).

E.b Par réponse du 13 octobre 2022, l'autorité inférieure, se fondant sur le préavis du 12 octobre précédent de l'OAI, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Ce faisant, elle avance en substance que l'expertise médicale pluridisciplinaire reconnaît une capacité de

travail progressive se montant à 80% depuis novembre 2018 et qu'il convient de lui reconnaître pleine valeur probante. Elle ajoute que la recourante se serait déclarée, durant l'expertise pluridisciplinaire, capable de travailler à 50-60% selon sa propre évaluation et qu'elle ne suivait aucun traitement au moment de dite expertise. Elle souligne enfin que la recourante avait repris une activité lucrative en octobre 2019 auprès de l'Université de D._____ à 60% et de B._____ à 35%, puis à 100% dès le 1^{er} août 2020 au sein de l'université. Elle était donc « en emploi, et ce à temps plein principalement, d'octobre 2019 à octobre 2021 » (TAF pce 8).

E.c Par réplique du 18 novembre 2022 (timbre postal), la recourante persiste dans ses conclusions. Elle invoque que sa rente a été arrêtée arbitrairement en 2019, rien n'indiquant que les critères juridiques pour son octroi, remplis avant 2019, ne le seraient plus dès 2019. Elle conteste notamment les conclusions de l'expertise médicale, faisant valoir ne l'avoir jamais reçu, n'ayant ainsi pas pu avoir la possibilité de s'y opposer. De plus, son état de santé se serait encore dégradé depuis l'expertise, laquelle est dès lors obsolète. Elle relève encore ne plus avoir travaillé depuis le 26 avril 2021, avoir terminé son congé maternité le 28 septembre 2022 et être à nouveau en arrêt total de travail depuis le 29 septembre 2022. Elle reproche également à l'autorité inférieure de ne pas tenir compte de l'impact avéré sur son activité économique et d'avoir provoqué la dégradation de son état de santé, en n'ayant pas traité son dossier avec justesse et la célérité requise. L'assurée joint deux certificats d'incapacité de travail totale établis les 19 septembre et 26 octobre 2022 par la Dresse H._____ (TAF pce 10).

E.d Par duplique du 4 janvier 2023, l'autorité inférieure, renvoyant à la prise de position de l'OAI du 4 janvier 2023, maintient ses conclusions. Elle s'étonne du fait que la caisse de chômage ait insisté pour mettre en emploi la recourante qui lui aurait présenté des certificats d'incapacité de travail et qu'il conviendrait de produire des rapports médicaux comportant des constatations détaillées et médicalement objectivées afin que l'éventuelle aggravation de sa situation puisse être évaluée, étant précisé que le SMR a apprécié les pièces fournies après l'expertise en concluant qu'elles ne permettraient pas de s'écarter des conclusions des experts, hormis l'accident qui a entraîné une incapacité de travail temporaire du 26 avril au 1^{er} novembre 2021 (TAF pce 12).

E.e Par remarques du 13 février 2023 (timbre postal), la recourante réitère ses conclusions. Elle explique encore que la caisse de chômage l'a contrainte à travailler à un taux plus élevé que ce qui était approuvé par les

médecins, sous peine d'être sanctionnée financièrement. Elle récapitule les causes qui ont conduit à son état de santé dégradé. Elle fait grief à l'autorité inférieure de poursuivre une stratégie d'épuisement, cherchant à la forcer à travailler et compromettant sa santé dans la mesure où cela pourrait conduire à une situation encore plus grave (TAF pce 15).

E.f Par ordonnance du 21 février 2023, le Tribunal a porté cette écriture à la connaissance de l'autorité inférieure (TAF pce 16).

E.g Par ordonnance du 11 novembre 2024, le Tribunal a annoncé à la recourante qu'il envisageait d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire, tout en l'invitant à se prononcer à ce sujet ou à lui communiquer si elle entendait retirer son recours (*reformatio in pejus*), jusqu'au 2 décembre 2024. Il l'a encore averti qu'à défaut de prise de position de sa part dans le délai imparti, le recours serait considéré comme maintenu (TAF pce 17).

E.h L'ordonnance ayant été retournée à l'expéditeur par les services postaux français avec la mention « Destinataire inconnu à l'adresse » (TAF pce 18), le Tribunal l'a envoyée une nouvelle fois à la recourante par courrier simple (TAF pce 19). Celle-ci n'a pas réagi.

E.i Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront exposés, en tant que de besoin, dans les considérants ci-après.

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 2, 3, 4 et 5), le recours est recevable.

2.

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'AI, en particulier pour une durée non limitée dans le temps, allant au-delà du 28 février 2019 et, le cas échéant, sur le taux d'invalidité qui devrait être retenu.

3.

3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c).

3.2 La recourante étant domiciliée en France voisine et l'atteinte à la santé remontant à l'époque de son activité poursuivie en tant que frontalière (AI pces 164 et 166), c'est à raison que l'OAI du canton de D._____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision querelée (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante est une ressortissante suisse, domiciliée en France, ayant travaillé en Suisse. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ses annexes et règlements (en particulier : règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RS 0.831.109.268.1]) et règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.11]). Toutefois, 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 son annexe VII ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.1.2 Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705, FF 2017 2363). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1, 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1 ; voir *supra* let. B.b et *infra* consid. 6.4 concernant la naissance du droit à la rente).

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 5 mai 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

5.

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir *supra* let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de

cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGGA).

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

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

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.4 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références).

7.1.1 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des

résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

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

7.1.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; PHILIPP GEERTSEN, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers (éd.), ATSG-Kommentar, 5^e éd. 2024, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

L'autorité inférieure, dans sa décision du 5 mai 2022, s'est basée sur les avis médicaux du SMR des 16 avril (AI pce 159) et 15 novembre 2021 (AI pce 187), lequel a confirmé les conclusions de l'expertise médicale pluridisciplinaire du Gg. _____ à X. _____ (AI pce 155 ss).

8.1 Dans un grief de nature formelle, qu'il convient ainsi d'examiner en premier lieu (ATF 138 I 232 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2016 du 30 janvier 2017 consid. 4.1), la recourante soutient dans sa réplique ne toujours pas être en possession de l'expertise médicale pluridisciplinaire susmentionnée, ce qui l'aurait empêché de la contester, et fait ainsi valoir implicitement une violation de son droit d'être entendue.

8.1.1 Le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (GIORGIO MALINVERNI/MICHEL HOTTELIER/MAYA HERTIG RANDALL/ALEXANDRE FLÜCKIGER, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 4^e éd. 2021, n° 1482 ; JACQUES DUBEY/JEAN-BAPTISTE ZUFFEREY, Droit administratif général, 2^e éd. 2025, n° 2546 ss ; cf. également ATF 134 V 97, 135 I 279 consid. 2.6.1). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3).

8.1.2 Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et, cas échéant, le droit de se faire représenter ou assister (cf. ATF 137 IV 33 consid. 9.2, 136 I 265 consid. 3.2 et les références ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée).

8.1.3 Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée, en particulier lorsque la décision entachée est couverte par une nouvelle décision qu'une autorité supérieure – jouissant d'un pouvoir d'examen au moins aussi étendu – a prononcée après avoir donné à la partie

lésée la possibilité d'exercer effectivement son droit d'être entendu (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1, 133 I 201 consid. 2.2). Toutefois, la réparation de la violation du droit d'être entendu doit rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Si, en revanche, l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 135 I 279 consid. 2.6.1). Néanmoins, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

8.1.4 En l'espèce, force est de constater qu'il ne ressort pas du dossier que la recourante ait reçu effectivement le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du Gg._____, tout au plus le SMR indique-t-il à l'autorité inférieure dans son avis médical du 16 avril 2021 (AI pce 159) qu'elle devrait demander l'accord de l'assurée afin de transmettre dit rapport aux médecins traitants pour qu'ils tiennent compte des propositions thérapeutiques des experts. Au surplus, le dossier n'en dit pas davantage quant à la question de savoir si la recourante a demandé formellement à consulter son dossier, en particulier le rapport d'expertise. Toujours est-il que cette question et celle, le cas échéant, de la réparation d'un éventuel vice peuvent demeurer indécises, dans la mesure où, comme il sera vu ci-après, le recours doit de toute façon être admis sur le fond.

8.2 Il appartient au Tribunal d'examiner si le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du Gg._____ du 10 mars 2021 peut se voir attribuer pleine valeur probante, comme l'a considéré l'autorité inférieure en suivant l'avis du SMR.

8.3 Au niveau des conditions de nature formelle posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu de remarquer que les experts, à savoir la Dresse Y._____, en tant que psychiatre-psychothérapeute FMH, le Dr Z._____, en tant que neurologue FMH, et le Dr Aa._____, en tant qu'interniste FMH, sont des spécialistes reconnus possédant la formation spécialisée et les connaissances nécessaires pour se prononcer valablement sur les pathologies dont souffre la recourante (trouble anxio-dépressif, trouble de l'adaptation, épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques actuellement en rémission partielle, stress post-traumatique, éventuel trouble somatoforme, pré-éclampsie sévère, coagulation intra-

vasculaire disséminée, hématome rétroplacentaire, maladie de Bouveret, céphalées et malaises, rétinopathie hypertensive I, décollement du vitré symptomatique aux deux yeux et sécheresse oculaire modérée, pression artérielle fluctuante parfois symptomatique). S'agissant par ailleurs des diagnostics de dystonie neurovégétative, d'entorse du poignet droit avec lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire et de quasi désinsertion de l'attache du ligament luno-triquébral dorsal, posés par des médecins traitants après que l'expertise ait été réalisée, il y a lieu de constater que si ces dernières pathologies auraient pu commander une évaluation par un médecin orthopédiste, le SMR, par l'intermédiaire de la Dresse U. _____, soit une interniste généraliste, en a tenu compte dans son avis médical du 15 novembre 2021, en reconnaissant une incapacité temporaire de 100% à ce titre du 26 avril au 1^{er} novembre 2021 (AI pce 187). Il ressort des pièces au dossier (AI pce 164 p. 839 et 176) que cela correspond aux constats médicaux faits dans ce domaine par le spécialiste traitant, le Dr Ee. _____ (AI pce 176). De plus, on rappellera à cet égard que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêts du Tribunal fédéral 9C_480/2023 du 16 octobre 2023, 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2).

Qui plus est, les experts ont relayé les plaintes exprimées par la recourante (AI pces 155 p. 703 s., 156 p. 755 et 764, 157 p. 781 s. et 158 p. 804 s.) et étaient en pleine connaissance de l'anamnèse (AI pce 155 p. 703, 156 p. 755 ss, 157 p. 782 ss et 158 p. 805 ss). Ils avaient aussi pleine connaissance du dossier (AI pces 156 p. 746 ss, 157 p. 773 ss et 158 p. 796 ss). En effet, les rapports des médecins consultés sont listés et résumés dans le rapport d'expertise, sous réserve du rapport du 29 mai 2016 de la Prof. O. _____ (AI pce 95 p. 378 s.), ainsi que des rapports médicaux des 11 juillet 2018 (AI pce 61) et 24 septembre 2018 de la Dresse H. _____ (AI pce 78 p. 317). Cela ne porte néanmoins pas à conséquence, étant donné que le rapport du 29 mai 2016 de la Prof. O. _____ pose les mêmes diagnostics que celui du 16 avril précédent des Dresses N. _____ et E. _____ (AI pce 95 p. 382 s.). Au surplus, le rapport médical intermédiaire du 11 juillet et celui du 24 septembre 2018 s'inscrivent dans la continuité des multiples rapports établis par la Dresse H. _____. Cette médecin se limite à évoquer une rechute dépressive avec des idées « noires » et prie de prolonger l'incapacité de travail au minimum jusqu'à fin décembre 2018. Par ailleurs, ces affections sont mentionnées par la suite, tout en ayant évolué dans une certaine mesure dans

l'intervalle (cf. notamment rapport du 13 mars 2019, AI pce 86). Au surplus, ces rapports sont cités par l'expertise pluridisciplinaire.

Enfin, la description du contexte médical y est clairement exposée (AI pces 155 p. 703 s., 156 p. 746 ss, 157 p. 773 ss et 158 p. 796 ss) et les examens effectués par les experts sont complets et approfondis (AI pces 156 p. 760 ss, 157 p. 785 s. et 158 p. 809 s.).

En conséquence, le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 10 mars 2021 remplit toutes les exigences formelles posées par la jurisprudence.

8.4 La recourante conteste l'établissement de sa capacité de travail, soutenant tout d'abord que le corps médical lui a reconnu une capacité de travail de 20%. Le Tribunal ne saurait suivre cette affirmation.

8.4.1 Il ressort, certes, du dossier qu'une médecin traitante retient ce taux dès le 15 décembre 2018 (Dresse H. _____ [AI pces 83 p. 329, 86, 95 p. 415 ss, 104 p. 444 ss et 461, 122 p. 543 ss, 141 et 155 p. 733, 737, 738 et 739]). Cependant, le Tribunal constate que cette médecin fait aussi état de variations de dite capacité dès le 6 octobre 2021 (cf. par exemple AI pce 177, où elle est fixée temporairement à 0% en raison d'une rechute anxio-dépressive). Une autre médecin, la Dresse T. _____, retient également le taux de 20% de capacité de travail dans deux certificats (AI pce 104 p. 460 et 462). Là encore, cette médecin retient une baisse à 0%, mais pour des périodes relativement courtes (cf. AI pce 104 p. 451 et 452 ss, 122 p. 550 ss et 155 p. 735, 736 et 741).

Par contre, c'est, quoi qu'en dise la recourante, en vain que l'on cherche, dans le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 10 mars 2021, la fixation définitive d'une capacité de travail de 20%. Au contraire, il apparaît que les experts l'ont évaluée consensuellement à 80% (100% avec une baisse de rendement de 20%) dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, étant précisé qu'elle avait cependant fluctué de la façon suivante : 0% depuis avril 2016, 20% à partir de septembre 2018, 60% à partir de novembre 2018 et 80% depuis (AI pce 155 p. 706).

Qui plus est, le Tribunal remarque que d'autres médecins consultés, à savoir la Prof. O. _____ (AI pce 126) et les Drs W. _____ (AI pce 135) et Q. _____ (AI pce 136), ont même relevé une capacité de travail entière.

8.4.2 Ainsi, l'affirmation de la recourante d'un corps médical lui reconnaissant unanimement une capacité de travail de 20% est infondée.

8.5 Le Tribunal ne peut toutefois suivre pleinement les conclusions des experts.

8.5.1 En effet, le rapport d'expertise ne permet pas de déterminer de manière précise le point de départ de la capacité de travail de 80% constatée.

Lors de l'évaluation consensuelle, les experts se sont contentés de relever, sans aucun commentaire ou explication, que la capacité de travail de l'assurée, tant dans l'activité habituelle qu'adaptée, était « de 100% avec une baisse de rendement de 20%, soit une [capacité de travail] totale de 80% », précisant que la capacité de travail « a été de 0% depuis avril 2016, de 20% à partir de septembre 2018, [de] 60% à partir de novembre 2018 et [de] 80% depuis » (AI pce 155 p. 706). Or, cette dernière formulation est pour le moins ambiguë. En effet, elle peut soit signifier que l'intéressée est capable de travailler à 80% dès novembre 2018 – ce qui serait alors en contradiction avec l'affirmation des experts constatant une capacité de travail de 60% dès cette même date –, soit que l'intéressée est en capacité de travail à 80% à une date, indéterminée, postérieure à novembre 2018. Cela étant, à la lecture du rapport d'expertise, il n'est pas possible, au degré de la vraisemblance prépondérante, de déduire de cette formulation la date exacte du début de cette capacité de travail.

Les volets spécialisés de l'expertise, s'ils se prononcent bien sur la capacité de travail de l'intéressée, ne permettent pas non plus de fixer la date de son début. Ainsi, selon l'expert en médecine interne, la capacité de travail a toujours été de 100% que ce soit dans l'activité habituelle ou adaptée (AI pce 156 p. 765 s.). Selon l'expert neurologue, la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 100% avec une perte de rendement de 20% ; aucune indication n'est cependant fournie quant à la date initiale de cette perte de rendement (AI pce 157 p. 788 ss). Au surplus, peut-on s'étonner de cette conclusion, dans la mesure où ce médecin précise qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle d'ordre neurologique (AI pce 155 p. 703 s. et AI pce 157 p. 789). Enfin, l'experte psychiatre fait état d'un diagnostic partiellement incapacitant d'épisode dépressif moyen (CIM-10 : F32.1) évoluant depuis avril 2016, à des degrés variables de sévérité (AI pce 158 p. 811 et 812). Elle retient alors, au niveau de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, une diminution de rendement de 20% en raison de la persistance de limitations fonctionnelles concernant l'endurance, la flexibilité et l'organisation, ainsi

que la gestion des relations interpersonnelles, ce qui conduit à une capacité de travail de 80%, tout en précisant que celle-ci « a été de 0% depuis avril 2016, de 20% à partir de septembre 2018, [de] 60% à partir de novembre 2018 et [de] 80% depuis » (AI pce 158 p. 813 s.). Cette dernière formulation contient la même ambiguïté que celle retenue ci-avant s'agissant de l'évaluation consensuelle, à savoir que le Tribunal ne peut déterminer si l'experte a entendu par-là une capacité de travail de 80% également dès novembre 2018 ou à partir d'une autre date non précisée. Au final, le volet psychiatrique ne permet pas non plus de déduire le point de départ de la capacité de travail fixée à 80%.

Il est vrai que l'OAIE retient, dans la décision entreprise, que la recourante a connu dans toute activité depuis avril 2016 une capacité de travail de 100% [recte : 0%], puis de 80% [recte : 20%] à partir de septembre 2018, puis de 60% à partir de novembre 2018 et de 80% depuis décembre 2018. Toutefois, cet office n'explique pas ce qui lui permet d'inférer que la recourante posséderait une capacité de travail de 80% à partir de décembre 2018.

8.5.2 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate qu'il existe des indices concrets susceptibles de faire naître des doutes quant au bien-fondé des conclusions des experts du Gg._____. Le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire ne peut dès lors, pour cette raison déjà, se voir attribuer pleine valeur probante.

8.5.3 Plus encore, l'on ne saisit pas, à la lecture de l'évaluation consensuelle, comment les experts sont parvenus à retenir le taux de capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et adaptée.

8.5.3.1 En effet, lors de dite évaluation (AI pce 155 p. 703 ss), les experts se sont contentés de relever, sans commentaire ou explication, que la capacité de travail de l'assurée, tant dans l'activité habituelle qu'adaptée, était « de 100% avec une baisse de rendement de 20%, soit une [capacité de travail] totale de 80% », précisant que la capacité de travail « a été de 0% depuis avril 2016, de 20% à partir de septembre 2018, [de] 60% à partir de novembre 2018 et [de] 80% depuis » (AI pce 155 p. 706). Cette constatation reprend mot pour mot celle de l'expertise psychiatrique, laquelle retenait en définitive une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% en raison de la persistance de limitations fonctionnelles – plus précisément une diminution des capacités d'endurance et d'organisation, un manque de flexibilité et une difficulté à gérer les relations interpersonnelles – (AI pce 158 p. 813). Toutefois, l'examen de l'évaluation

consensuelle ne permet pas de déterminer sans équivoque si la diminution de rendement de 20% mentionnée par l'expertise psychiatrique a été retenue par les experts lorsqu'ils ont déterminé une capacité de travail de 80% dans leurs conclusions. En effet, ceux-ci, lorsqu'ils se réfèrent à l'expertise psychiatrique, n'en reprennent pas explicitement les conclusions chiffrées (AI pce 155 p. 704), contrairement à ce qu'ils ont fait s'agissant de l'expertise neurologique (AI pce 155 p. 703 et 705). S'ils ont certes relevé sur le plan psychique le diagnostic d'épisode dépressif moyen évoluant depuis avril 2016, ils ont précisé que ce trouble était en rémission partielle ce jour ; ils ont pourtant soutenu que la mise en place d'un traitement antidépresseur pourrait permettre à l'assurée de retrouver un rendement de 100% (AI pce 155 p. 707), ce qui indique qu'une capacité de travail du point de vue psychiatrique inférieure à 100% semble admise, cependant sans pouvoir en déterminer avec certitude le taux.

8.5.3.2 En outre, le Tribunal constate que, s'agissant de l'expertise neurologique, l'expert a retenu une capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20%, soit 80%, en raison de la fatigue induite par des céphalées dont souffre la recourante (AI pce 157 p. 788). Toutefois, l'on peut s'étonner que l'experte psychiatre, qui a également retenu cette dernière capacité de travail, ne retient pas de céphalées, lesquelles n'ont même pas été évoquées par l'assurée lors de l'entretien mené par cette dernière praticienne (AI pce 158 p. 812). Au surplus, l'expert neurologue explique encore que les céphalées dont est atteinte la recourante ne peuvent être retenues comme cause suffisante d'incapacité durable de travail, de sorte qu'il ne retient pas de cause neurologique d'incapacité de travail (AI pce 157 p. 787). Force est dès lors de constater que les conclusions de cet expert sont contradictoires, puisque mentionnant une capacité de travail de 80% sans toutefois retenir de limitation fonctionnelle d'ordre neurologique (AI pce 157 p. 789).

8.5.3.3 Enfin, le Tribunal constate que le taux de 80% de capacité de travail, tant dans l'activité habituelle qu'adaptée, n'est en réalité pas arrêté définitivement que ce soit par l'experte psychiatre ou par l'expert neurologue, ceux-ci affirmant en effet que des mesures médicales pourraient amener la recourante à recouvrer une capacité de travail de 100% sans baisse de rendement, une amélioration pouvant au demeurant avoir lieu dans les prochains mois (AI pces 157 p. 189 s. et 158 p. 814 s.).

8.5.3.4 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate qu'il existe là encore des indices concrets susceptibles de faire naître des doutes quant au bien-fondé des conclusions des experts du Gg. _____ s'agissant du taux de

capacité de travail lui-même. Le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire ne peut, pour cette raison également, se voir reconnaître pleine valeur probante.

8.6 Les avis du SMR, des 16 avril et 15 novembre 2021 qui en ont repris les conclusions, ne peuvent, dès lors, eux non plus se voir accorder une quelconque valeur probante. En outre, le Tribunal constate que, dans son 2^{ème} avis du 15 novembre 2021, le SMR a relevé que sur le plan orthopédique, l'accident dont l'assurée a été victime en avril 2021 (entorse du poignet droit) justifiait une incapacité de travail totale du 26 avril 2021 au 1^{er} novembre 2021. De manière contradictoire, il a néanmoins relevé que les pièces médicales « versées au dossier dans le cadre de l'audition [n'étaient] pas de nature à modifier la prise de position du SMR précédente » (Al pce 187 p. 941), ce qui constitue un motif supplémentaire pour dénier toute valeur probante aux conclusions du SMR.

8.7 En conséquence, la décision attaquée, se basant sur l'appréciation de son SMR et sur l'expertise médicale pluridisciplinaire, n'est pas conforme au droit fédéral.

9.

9.1 Cela étant, et en l'état du dossier, le Tribunal n'est pas en mesure, au degré de la vraisemblance prépondérante, de déterminer le moment déterminant à partir duquel une capacité de travail de 80% peut être constatée avec certitude, ni même si ce taux est vraiment correct. L'expertise pluridisciplinaire est donc lacunaire et ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

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 renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, 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'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les

références). En l'espèce, il ressort donc du dossier que l'évaluation médicale de la capacité de travail de la recourante et de son évolution dans le temps n'ont pas suffisamment été instruits et méritent des éclaircissements.

9.3 Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

9.4 En l'occurrence, la décision entreprise se base sur une expertise et des avis médicaux du SMR qui ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles en la matière.

10.

En conséquence, le recours est admis et la décision entreprise annulée. Il est au demeurant précisé que la recourante a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de *reformatio in pejus*, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; voir *supra* let. E.g).

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification la capacité de travail de la recourante et particulièrement de son évolution dans le temps apparaît en effet nécessaire.

L'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants de la recourante et ordonnera une expertise pluridisciplinaire comportant des volets neurologique, psychiatrique et de médecine interne ainsi qu'éventuellement cardiologique et orthopédique. Sur le plan psychiatrique, l'expertise respectera l'évaluation normative et structurée de l'ATF 141 V 281. L'autorité prendra également en compte dans sa nouvelle décision les documents médicaux produits par la recourante pendant la présente procédure de recours, soit après que la décision litigieuse n'ait été rendue.

A cet égard, il appartiendra au centre d'expertises d'ajouter au besoin toute autre discipline médicale qu'il jugera nécessaire au regard des pathologies dont est atteinte la recourante (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. c LPGA). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). La recourante étant domiciliée en France, l'on ne voit de surcroît pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. Au surplus, le centre d'expertises – le Gg. _____ à X. _____ étant cependant exclu in casu – devra être désigné dans le respect des droits de participation de l'assurée (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P (cf. art. 72^{bis} al. 2 RAI ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les médecins devront notamment, dans le cadre d'une évaluation consensuelle, examiner l'ensemble de l'état de santé de la recourante au jour de l'expertise, déterminer les atteintes à la santé de celle-ci, ce en décrivant l'évolution des constats médicaux objectifs dans la durée depuis la date de la demande de prestations de l'AI, et, dans la même mesure, leurs effets sur la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au SMR pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

11.

L'affaire étant renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, les autres griefs soulevés par la recourante n'ont pas à être examinés.

12.

12.1 Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité inférieure pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Par conséquent, l'avance de frais de Fr. 800.– versée sera restituée à la recourante une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

12.2 En outre, la recourante ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et 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 à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision attaquée 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 de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par la recourante lui sera restituée dès 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'OFAS.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

Indication des voies de droit :

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 :