



Cour III
C-2958/2021

Arrêt du 24 juillet 2024

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Bissegger, Selin Elmiger-Necipoglu, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, (France),
recourante,

Contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande, rente d'invalidité
(décision du 7 juin 2021).

Faits :**A.**

La ressortissante suisse A. _____ (ci-après : assurée ou recourante), née le (...) 1972, dispose d'une formation d'employée de commerce avec CFC ainsi que d'un diplôme pour directrices de foyer obtenu chez B. _____ (AI pce 32 p. 9 et 12). Bien que l'assurée soit actuellement domiciliée en France, elle a toujours travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse depuis 1991 et ce pendant de nombreuses années (AVS/AI ; cf. extrait du compte individuel du 21 mars 2018 ; AI pce 40 p. 1 ss).

Le 12 juin 2015, l'assurée, qui avait alors travaillé comme directrice d'un foyer, a déposé une demande de prestations AI devant l'Office AI du canton C. _____ aux motifs d'un burnout et d'une incapacité de travail depuis le 10 février 2015 (AI pce 5 ; voir aussi le questionnaire pour l'employeur du 7 juillet 2015 [AI pce 10.1 p. 4]). A la demande de l'assurée, le psychiatre traitant a attesté le 18 décembre 2015 qu'elle avait retrouvé une capacité de travail entière à compter du 1^{er} décembre 2015 (cf. certificat médical et rapport du 18 janvier novembre 2016 du Dr D. _____, psychiatre et psychothérapeute ; AI pces 18 et 20) et l'office AI, par décision du 5 février 2016, a rejeté la demande de prestations. L'autorité a expliqué que d'un point de vue médical aucune incapacité de travail de longue durée ne pouvait être attestée et que, partant, il n'existait pas d'invalidité au sens de la loi (AI pce 21). Cette décision, faute de recours formé à son encontre, est entrée en force de chose décidée.

B.

L'assurée, qui a été engagée le 1^{er} mars 2017 par les transports publics de (...) en tant que conductrice de trams (cf. questionnaire pour employeur du 20 mars 2018 ; AI pce 42), a présenté le 22 janvier 2018 une demande d'intervention précoce auprès de l'Office AI du canton E. _____ (ci-après : Office AI cantonal ou Office AI ; AI pce 22). Divers documents ont été produits dont ceux recueillis par la SUVA, l'assurance-accidents, qui, par décision du 1^{er} février 2018, a mis fin aux prestations liées à un accident survenu le 26 mai 2017 (cf. AI pce 25 p. 3 ss) au cours duquel l'assurée a été renversée par l'un de ses grands chiens et à la suite duquel elle souffrait de douleurs au dos.

Le 5 mars 2018, l'Office AI cantonal a conseillé à l'assurée de formuler une demande de prestations AI (AI pce 26) laquelle a été remplie et signée le 10 mars 2018 (AI pce 29).

Un entretien d'intervention précoce a été organisé le 19 avril 2018 (cf. rapport du premier d'entretien précoce du même jour ; AI pce 49) et par communication du 20 avril 2018, l'Office AI cantonal a informé l'assurée qu'il lui accordait des conseils et soutien afin qu'elle puisse conserver son emploi auprès des transports publics (AI pce 50). Toutefois, l'employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 31 août 2018 (cf. certificat de travail du 6 août 2018 ; AI pce 58) puisque le médecin du travail avait estimé que l'activité de conductrice de trams n'était pas adaptée aux limitations physiques de l'assurée (cf. courriel du 31 mai 2018 ; AI pce 51).

Par communication du 8 juin 2018, l'Office AI cantonal a octroyé des mesures de placement sous forme de coaching pour la recherche d'un nouvel emploi (AI pce 55) et une convention contenant les objectifs a été signée par l'assurée le 18 juin 2018 (AI pce 56). Le 7 décembre 2018, le coach a mis un terme au mandat, expliquant que l'assurée présentait une incapacité de travail pour de motifs psychiques (cf. rapport du 7 décembre 2018 ; AI pce 60). Par communication du 10 décembre 2018, l'Office AI a informé l'assurée que les mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées pour l'instant et que le droit à la rente était examiné (AI pce 62).

Des nouveaux rapports médicaux ont été produits, notamment ceux de F._____ Assurances laquelle a versé des indemnités journalières pour cause de maladie. Cette assurance a mis en place une expertise rhumatologique qui a été effectuée le 23 juillet 2019 par le Dr G._____ à la Clinique H._____ à (...) (cf. rapport d'expertise du 29 juillet 2019 ; AI pce 71 p. 9 ss). Sur conseil du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR ; cf. AI 83 p. 5 s.), l'Office AI cantonal a organisé le 3 juillet 2020 une expertise psychiatrique chez le Dr I._____, psychiatre et psychothérapeute à (...) (cf. rapport du 13 octobre 2020 ; AI pce 91 p. 2 ss). Le SMR a confirmé les résultats de ces expertises rhumatologique et psychiatrique (cf. prises de position des 23 octobre 2019 et 4 novembre 2020 ; AI pces 77 p. 3 ss et 94 p. 4 ss).

Par projet de décision du 18 novembre 2020 (AI pce 95), l'Office AI cantonal a informé l'assurée qu'il entendait lui accorder à compter du 1^{er} septembre 2018 une demi-rente d'invalidité mais que dès le 1^{er} mai 2019, suite à une amélioration de son état de santé en février 2019, plus aucun droit à une rente n'existait. Il a aussi exposé le calcul des taux d'invalidité. L'assurée a formulé le 18 décembre 2020 des objections contre ce projet de décision et requis le versement d'une rente d'invalidité illimitée dans le temps ou éventuellement, la poursuite de l'instruction médicale afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle et son droit à la rente (AI pce 104).

L'assurée est encore intervenue les 4 février et 11 mars 2021 (AI pces 115 et 120). Pour l'essentiel, elle a contesté la valeur probante de l'expertise psychiatrique et invoqué une aggravation de son état physique qui, selon elle, nécessitait un nouvel examen. Plus encore, elle a avancé que sans la survenance de ses problèmes de santé, elle aurait toujours travaillé comme directrice de foyer de sorte que son revenu sans invalidité était plus élevé que celui retenu par l'Office AI.

L'Office AI cantonal a soumis les nouveaux documents produits par l'assurée à son service juridique (prises de position du 5 janvier et 24 février 2021 ; AI pces 108 et 118) ainsi qu'au SMR (cf. prises de position des 9 et 16 mars et du 27 avril 2021 ; AI pces 119, 122 et 123), et par communication du 6 janvier 2021, il a rejeté la requête de l'assurée tendant à l'assistance judiciaire durant la procédure d'audition (AI pce 109).

Par décision du 7 juin 2021, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a accordé une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2018 au 30 avril 2019. Il a notamment relevé que le SMR avait réaffirmé ses conclusions et que son service juridique avait répondu aux objections de l'assurée dans sa prise de position du 24 février 2021 (AI pce 127 ; pour la motivation : AI pce 126 p. 4 à 6).

C.

Le 24 juin 2021 (date de l'envoi postal), l'assurée a formé recours contre la décision de l'OAIE devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), avançant que son état s'est aggravé et qu'il ne correspondait plus aux taux d'invalidité déterminés (TAF pce 1). Elle a versé en cause, notamment par courriers des 13 août et 20 septembre 2021 (TAF pces 6 et 8 et annexes), plusieurs rapports médicaux, dont en particulier le rapport et le certificat médical du 19 mai 2021 du Dr J._____, psychiatre et psychothérapeute (TAF pce 1 annexes 3 et 4).

Dans sa réponse du 30 septembre 2021, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 11). Il s'est basé sur la prise de position du 13 septembre 2021 de l'Office AI cantonal qui a avancé en substance que les rapports du Dr J._____ n'apportaient pas d'éléments nouveaux et que les pièces médicales versées en cause le 13 août 2021 se trouvaient déjà au dossier et avaient fait l'objet d'évaluation par le SMR (TAF pce 11 et annexe).

La recourante a encore produit le 9 novembre 2021 le rapport médical du 5 novembre 2021 de la Dresse K._____, psychiatre (TAF pce 14 et

annexe 2) et par duplique du 30 novembre 2021, l'OAIE a réitéré ses conclusions, se fondant sur la prise de position du 24 novembre 2021 de l'Office AI cantonal qui a relevé que les nouveaux rapports médicaux présentés étaient tous antérieurs à la décision attaquée et n'apportaient que des éléments connus dont il avait déjà tenu compte (TAF pce 16 et annexe).

Le 14 décembre 2021 ainsi que les 29 mai, 7 juillet, 2 septembre, 20 octobre et 13 décembre 2022 (TAF pces 18 à 21, 23 et 24 et leurs annexes), la recourante a encore produit de nouvelles pièces médicales qui, essentiellement, ont informé de la poursuite des différents traitements et en particulier des interventions chirurgicales des 19 janvier et 6 décembre 2022 par décompression spinale des L3/L4 et L4/L5 et spondylodèse de L3-L5 (TAF pce 19 annexe 6 et pce 24 annexe 2).

Par ailleurs, la recourante n'a pas réagi au courrier du 30 août 2023 du Tribunal qui lui a donné la possibilité de changer la langue de la procédure de recours du français à l'allemand (TAF pce 28).

Par ordonnance du 7 mai 2024, le Tribunal a accordé à la recourante la faculté de se prononcer sur le renvoi envisagé de la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction ou alors de retirer le recours. La recourante a également été informée qu'en l'absence d'une prise de position de sa part dans le délai imparti, le recours sera considéré comme maintenu. L'ordonnance a été notifiée à la recourante (cf. avis de réception signé le 17 mai 2024 ; TAF pce 31) qui n'y a pas donné suite.

Droit :

1.

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021]). De plus, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA) et la recourante s'est acquittée de l'avance de frais présumés de 800 francs (TAF pces 2 à 4).

Dès lors, le Tribunal peut entrer en matière sur le fond du recours.

2.

2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (cf. let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

2.2 Le TAF définit les faits – avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) – et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). Toutefois, le Tribunal 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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e édition 2022, n. 1.55 p. 29).

3.

3.1 L'affaire contient un aspect d'extranéité dans la mesure où la recourante suisse qui a été assurée à l'assurance-invalidité suisse (AI pce 40 p. 1 ss) habite en France. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP ; RS 0.142.112.681 ; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1 ; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son 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 Tribunal fédéral [ci-après : TF] 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

3.2 Le Tribunal 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, soit en l'espèce, jusqu'au 7 juin 2021. 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).

3.3 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 (notamment : ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1). La présente décision litigieuse ayant été rendue le 7 juin 2021, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ne sont pas déterminantes en l'occurrence (notamment : TF 9C_477/2021 du 22 juin 2022 consid. 1).

4.

4.1 Au regard du recours déposé contre la décision attaquée du 7 juin 2021, la recourante, alors représentée par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens (C.P.T.F.E), a avancé, sans formuler de conclusions concrètes, que son état de santé s'était aggravé et ne correspondait plus au taux d'invalidité qui lui avait été reconnu (TAF pce 1). Le Tribunal considère que la formulation des conclusions n'est pas soumise à des

exigences strictes, surtout lorsque le recours a été déposé comme en l'espèce par une personne qui est représentée par un mandataire n'exerçant pas la profession d'avocat (cf. TAF C-5591/2015 du 6 avril 2016 consid. 1.4 ; C-1264/2013 du 2 mai 2014 consid. 1.3). Afin de déterminer les conclusions et les points contestés, le Tribunal peut en particulier recourir à la décision attaquée (cf. WIEDERKEHR/MEYER/BÖHME, VwVG Kommentar, Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren und weiteren Erlassen, 2022, Art. 52 n° 8 et références). Du reste, le Tribunal n'est en principe pas lié aux conclusions des parties et est tenu d'appliquer le droit conformément aux principes de la légalité (art. 5 al. 1 de la Constitution fédérale [Cst. ; RS 101]) et de l'égalité de traitement (art. 8 Cst. ; voir aussi art. 62 PA et art. 61 let. d LPGA par analogie ; cf. ATF 144 V 153 consid. 4.2.2). Dès lors, au regard de la décision contestée, il est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAIE a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2018 au 30 avril 2019.

4.2 S'agissant d'ailleurs du point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse a été compétente ce qui forme une condition formelle de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure que le Tribunal de céans examine d'office (cf. ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4 ; notamment : TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5 ; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2), le Tribunal relève que, conformément à l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), l'Office AI cantonal était compétent pour examiner la demande de prestations de l'assurée, celle-ci ayant travaillé comme frontalière sur son territoire (notamment : AI pce 3 p. 1). En outre, c'est de bon droit que l'OAIE a rendu la décision contestée.

5.

5.1 A titre initial, il est relevé que l'assurée remplit la condition de la durée minimale de cotisations de 3 ans au moment de l'ouverture du droit à la rente au sens de l'art. 36 LAI, ayant cotisé à l'AVS/AI suisse pendant de nombreuses années (cf. AI pce 40 p. 1 ss).

5.2 Il sied en outre de préciser que bien que la première demande de rente AI de l'assurée ait été rejetée par décision du 5 février 2016 (AI pce 21), il n'y a en l'espèce pas lieu d'examiner si le taux d'invalidité a subi depuis cette décision une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3371 ; FF 1999 IV 4168). En effet, la première demande de prestations a été rejetée au

motif que l'assurée n'avait pas présenté une incapacité de travail de longue durée au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Son taux d'invalidité n'a donc pas été déterminé (cf. notamment : TAF C-2218/2013 du 16 novembre 2015 consid. 7).

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 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, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2003 3852 ; FF 2001 3045), 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 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 phrase LPGA).

6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c ; cf. concernant ces exigences cumulatives : ATF 121 V 264 consid. 6b/cc ; TF 8C_618/2021 du 14 décembre 2021 consid. 4.2).

En outre, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité 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 son 18^e anniversaire. L'al. 3 de l'art. 29 LAI précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.3 Selon l'art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129 ; FF 2005 4215), le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 11.3).

6.4 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. Au regard de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129 ; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il 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 LPGA) en Suisse. Toutefois, cette restriction n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.5 Lorsque – comme en l'occurrence – une décision accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction et/ou augmentation, l'art. 17 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3371 ; FF 1999 IV 4168), s'applique par analogie. Il prévoit que si le taux d'invalidité de la bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (cf. ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 qui n'est pas publié dans les ATF 137 V 369 ; MARGRIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n° 9 p. 249 s.).

La date de la modification du droit est fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d ; TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n° 32). Son al. 1 stipule que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient durant une assez

longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'al. 2 de la disposition prévoit que si la capacité de gain se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie.

7.

7.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'occurrence – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'office AI récolte en particulier des rapports médicaux sur lesquels il s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (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 (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4). Il revient ensuite aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive et libre de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; 144 V 50 consid. 4.3 ; 140 V 193 consid. 3.2 ; au niveau psychiatrique: TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1).

7.2 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc 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. 5.2 et 5.3 ; 138 V 218 consid. 6 ; TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 5).

8.

8.1 Lorsque l'OAIE a rendu sa décision du 7 juin 2021 attaquée, il avait dans un premier temps recueilli les nouveaux documents médicaux suivants :

- les résultats du 7 juillet 2017 de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire, signés de la Dresse L. _____ (AI pce 23 p. 5),
- le rapport du 15 août 2017, établi par le Dr M. _____ de l'Hôpital cantonal de (...), qui fait état d'une hernie discale L4-L5 et d'une protrusion discale L3-L4 ainsi que de fortes douleurs depuis l'accident du 26 mai 2017 ; ce médecin propose une intervention médicale (AI pce 23 p. 2),
- la second opinion du 14 septembre 2017 du Prof. N. _____, neurochirurgien à la Clinique O. _____ lequel rapporte de lombalgies post-traumatiques mais déconseille une intervention neurochirurgique, estimant que l'assurée présente principalement un déséquilibre musculaire (AI pce 23 p. 1),
- la prise de position du 13 octobre 2017 de la Dresse P. _____, médecin conseil de la SUVA (AI pce 23 p. 6),
- le rapport médical LAA du 17 octobre 2017 de la Dresse Q. _____, médecin de famille de l'assurée (AI pce 73.33 p. 1), et le rapport médical intermédiaire du 12 décembre 2017 de cette médecin qui informe d'une amélioration lente de la situation (AI pce 25 p. 7 ss),
- les prises de position des 10 janvier et 8 mars 2018 du Dr R. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA qui remarque qu'au niveau de la colonne lombaire, les suites de l'accident ne jouent désormais plus aucun rôle (AI pces 38.3 et 38.12),
- l'attestation du 31 mai 2018 de la Dresse S. _____, médecin du travail, laquelle estime qu'un essai de travail à 25% est dès le 1^{er} juin 2018 possible ; toutefois elle se pose la question de savoir si l'activité de conductrice de trams est adaptée à l'état de santé de l'assurée puisque

celle-ci devrait exercer une activité lui permettant de changer de positions debout et assise (AI pce 51),

- les rapports des 25 août et 8 octobre 2018 de la Dresse Q. _____ qui retient une dépression et de douleurs dorsales chroniques (AI pce 68 p. 39 et pce 90 p. 2 ss),
- les rapports orthopédiques des 13 avril, 6 juin et 7 décembre 2018 et 21 janvier 2019 du Dr T. _____, respectivement du Dr U. _____ (AI pce 68 p. 24 s., 26 s., 31 s. et 59 s.) lesquels posent comme diagnostics des douleurs dorsales, au bassin et aux jambes, dominantes à droite avec antécédent de douleurs post-traumatiques après l'accident du 25 mai 2017 et actuellement un syndrome de la facette droite probablement L4/L5 au premier plan, un syndrome de l'articulation sacro-iliaque (ISG) concomitant à droite, une irritation radiculaire L5 droite et L4 droite accentuée, une protrusion discale étendue et une altération dégénérative segmentaire L4/L5 avec sténose avancée du canal rachidien selon l'IRM de juillet 2017, une symptomatologie de claudication spinale suggérée et de l'adiposité modérée ; les médecins décrivent l'évolution qui est légèrement favorable et conseillent le traitement à suivre ; ils précisent qu'une intervention chirurgicale n'est pas indiquée ; par ailleurs, dans le rapport du 6 juin 2018, le Dr T. _____ ne partage pas l'avis de la médecin du travail selon laquelle l'activité de conductrice de trams était incompatible avec l'atteinte de l'assurée et il recommande un essai de travail à 100% (AI pce 68 p. 26 s.) ; dans le dernier rapport du 21 janvier 2019, le Dr U. _____ décrit que dans le futur, une activité permettant de changer de positions (debout, marcher et assise), sans positions forcées et sans soulever et porter de poids au-dessus de 5 kg est exigible (AI pce 68 p. 24 s.),
- les deuxièmes avis médicaux des 22 mai 2018 et 14 février 2019 du médecin conseil de F. _____ Assurances qui recommande la réalisation d'une expertise médicale (AI pce 68 p. 20 et 51),
- les rapports médicaux des 30 janvier et 28 février 2019 du Dr V. _____, psychiatre et psychothérapeute qui suit l'assurée depuis le 10 octobre 2018 (AI pces 66 et 68 p. 21 ss) ; ce spécialiste pose comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, avec, au début de la thérapie, un épisode sévère et ensuite moyen (F 33.2), et un trouble mixte de la personnalité (F61) à prédominance de trouble émotionnel instable avec traumatisme chronique/répétitif dans l'enfance et troubles du comportement social à l'adolescence, existant depuis

l'enfance/l'adolescence, et une accentuation obsessionnelle de la personnalité (Z73 ; AI pce 66 p. 3 ss),

- le rapport du 29 juillet 2019 de l'expertise orthopédique, signé du Dr G. _____ (AI pce 71 p. 9 ss),
- le rapport du 2 octobre 2019 du Dr T. _____ qui maintient les diagnostics posés précédemment tout en rajoutant la présence de douleurs du fessier et de la hanche gauche sur probable bursite trochantérienne gauche et une situation de stress et de dépression psychosociale, en traitement psychiatrique ; il fait également état d'un séjour hospitalier stationnaire de l'assurée pour une inflammation du bassin droit et rapporte le résultat de l'IRM du 25 juillet 2019 de l'articulation de la hanche native gauche ; par ailleurs, il détermine la poursuite du traitement (AI pce 74 p. 3),
- le rapport du 6 août 2020 du Dr W. _____ neurochirurgien, qui a été consulté par l'assurée sur l'avis de son médecin de famille ; le spécialiste retient comme diagnostics 1) un trouble douloureux chronique lombo-spondylogène et lombo-ischialgique avec/sur altérations dégénératives avancées de la colonne vertébrale plurisegmentaire avec spondylarthroses hypertrophiques prononcées, partiellement activées dans les segments L3/L4 et L5/S1, de chondrites plurisegmentaires avec protrusions discales à base large, le plus prononcée dans L4/L5, sténose du canal rachidien, de degré avancé au L3/L4, et de degré moyen-avancé en L3/L4, et status après plusieurs infiltrations ainsi que 2) une évolution dépressive ; le spécialiste remarque encore que la situation est complexe, que les altérations dégénératives de la colonne lombaires sont importantes vu l'âge de l'assurée, qu'elles justifient de retenir un trouble douloureux chronique mais qu'une composante psychique existe et que l'assurée se plaint d'une augmentation importante des douleurs dorsales ainsi que de l'irradiation dans les jambes, surtout à droite, tout comme d'un trouble de sensibilité intermittent sur la plante du pied, de douleurs au genou gauche et aux mains ; il remarque également qu'une intervention chirurgicale au niveau de la sténose L4/L5 est indiquée (AI pce 88),
- le rapport du 28 août 2020 de la Dresse Q. _____ (AI pce 90 p. 2 ss) avec comme annexes, les résultats du 15 juillet 2020 de l'IRM du bassin et de l'articulation de la hanche native gauche, signés du Dr X. _____ (AI pce 90 p. 9), et de la colonne lombaire native, signés du Dr Y. _____ (AI pce 90 p. 10 s.),

- le rapport du 13 octobre 2020 de l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr I. _____ , psychiatre et psychothérapeute (AI pce 91 p. 2 ss),
- les nombreuses attestations d'incapacités de travail de la Dresse Q. _____ , incapacité débutant le 29 mai 2017 (cf. notamment AI pce 38.9, pce 46 p. 12, pce 68 p. 5, 15, 19, 30, 33, 35, 38, 41, 43, 44, 46, 50, 52 et 66, pce 71 p. 6, 7 et 37).

Invité par l'Office AI cantonal, le Dr Z. _____ , spécialiste en orthopédie et médecine physique et réhabilitation, travaillant pour le SMR, s'est déterminé à plusieurs reprises sur les pièces médicales au dossier (cf. les prises de position SMR des 23 octobre et 18 décembre 2019 ; AI pce 77 p. 3 ss et pce 83 p. 3 ss, AI pce 94 p. 4 ss).

8.2 Après le projet de décision du 18 novembre 2020, les nouvelles pièces médicales suivantes ont été versées en cause :

- le rapport du 2 février 2021 du Dr V. _____ qui prend position sur le rapport d'expertise du Dr I. _____ qu'il critique ; il retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail 1) un trouble de la personnalité accessoire (F61) avec éléments compulsifs, paranoïaque et émotionnels instables et expériences chroniques et répétitives dans l'enfance, 2) un trouble dépressif récurrent, d'épisode actuel moyen avec double dépression et existant depuis au moins 2010 ainsi que 3) une suspicion d'un trouble hyperkinétique à l'âge adulte (F90) ; sans répercussion sur la capacité de travail, il fait état d'une dépendance alcoolique (F10.20), momentanément abstinente et existant d'une manière épisodique depuis 2015 ; à l'encontre du Dr I. _____ , le psychiatre traitant conclut que l'assurée ne présente plus aucune capacité de travail dans l'activité de directrice de foyer et qu'elle présente au plus une capacité de travail résiduelle de 30% dans un environnement professionnel bienveillant, soulignant que la vulnérabilité de l'assurée persiste dans toutes les activités (AI pce 115 p. 9 ss),
- le rapport du 28 février 2021 du Dr AA. _____ , médecin du travail, qui a examiné l'aptitude de l'assurée à la conduite automobile ; il conclut qu'il n'a constaté aucun signe d'altération de l'aptitude à la conduite, en particulier aucun signe de déficience neurocognitive (AI pce 120 p. 5 ss),
- les résultats du 1^{er} mars 2021 de l'examen IRM de la colonne vertébrale, signés par le Dr MM. _____ (AI pce 120 p. 3 s.).

Les médecins du SMR, le Dr Z. _____ ainsi que la Dresse BB. _____, psychiatre et psychothérapeute, se sont prononcés dans le dossier (cf. prises de position des 9 et 16 mars 2021 et du 27 avril 2021 (AI pces 119, 122 et 123).

8.3

8.3.1 Dans le cadre de la présente procédure de recours, l'assurée a d'abord produit les nouveaux documents décrits ci-après :

- le rapport médical ainsi que le certificat médical du 19 mai 2021 du Dr J. _____, psychiatre et psychothérapeute, qui informe avoir eu deux entretiens avec l'assurée et confirme, en principe, les diagnostics posés par le Dr V. _____ soit un trouble dépressif récurrent (F33), actuellement plutôt en rémission, de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (F61) ainsi que de troubles hyperkinétiques (F90 ; TAF pce 1 annexes 3 et 4),
- les attestations des 1^{er} juillet et 26 août 2021 de l'incapacité de travail totale du 1^{er} juillet au 31 octobre 2021, certifiées par la Dresse Q. _____ (TAF pce 8 annexes 2 et 3) ainsi que le rapport du 26 août 2021 de cette médecin qui informe que suite à l'accident, le diagnostic de trouble de stress posttraumatique a été posé le 27 septembre 2017, qu'un traitement antidépressif avec Cipralex a été introduit et que la médication a été doublée le 2 novembre 2017 ; enfin, depuis octobre 2018, l'assurée a suivi un traitement psychiatrique (TAF pce 8 annexe 4),
- l'attestation du 18 août 2021 du Dr V. _____, qui informe en particulier que les certificats d'incapacité de travail ont toujours été délivrés par le médecin de famille mais qu'il estime que d'un point de vue psychiatrique, l'assurée présente une incapacité de travail de 70% ; en décembre 2020 et janvier 2021 l'incapacité était de 100% (TAF pce 8 annexe 6),
- les résultats du 13 septembre 2021 de l'arthrographie de l'articulation de l'épaule droite, signés de la Dresse L. _____ (TAF pce 8 annexe 5),
- le rapport médical du 5 novembre 2021 de la Dresse K. _____, psychiatre, qui décrit l'état actuel, le traitement médical ainsi que comme antécédents deux tentatives de suicide par intoxication

médicamenteuse volontaire (IMV) en décembre 2020 ; elle atteste, de plus, que l'état clinique actuel ne permet pas la reprise d'une activité professionnelle et que l'incapacité de travail de l'assurée est totale (TAF pce 14 annexe 2).

8.3.2 Le 14 décembre 2021 et les 29 mai, 7 juillet, 2 septembre, 20 octobre et 13 décembre 2022, la recourante a encore versé en cause de nombreuses nouvelles pièces médicales, soit les suivantes :

- les rapports des 25 novembre et 2 décembre 2021 du Dr CC. _____ de la clinique universitaire DD. _____ qui relève notamment que l'assurée souffre depuis 2017 de lombalgies qui s'aggravent et qu'elle est fortement penchée en avant afin de pouvoir marcher au maximum 10 minutes ; l'assurée se plaint également de douleurs dans les épaules ; au regard de ses constats et de l'épuisement des mesures thérapeutiques conservatrices, le médecin conseille une intervention chirurgicale au niveau de la colonne lombaire (TAF pce 18 annexes 2 et 3),
- les attestations, dont l'une est datée du 23 septembre 2021, des Drs V. _____ et EE. _____ qui attestent la poursuite du traitement psychiatrique (TAF pce 19 annexes 2 et 3),
- le rapport de sortie du 22 janvier 2022, établi par le Dr FF. _____ de la clinique GG. _____ lequel informe de l'intervention du 19 janvier 2022 au cours de laquelle une décompression spinale microchirurgicale de L3/L4 et de L4/L5 bilatérale et à droite a été réalisée (TAF pce 19 annexe 6),
- les attestations des 1^{er}, 10 et 22 mars 2022 d'incapacité de travail des Drs FF. _____ et Q. _____ (TAF pce 19 annexes 5.1, 5.2, 5.3),
- les résultats du 30 juin 2022 des examens radiologiques, établis par le Dr HH. _____ qui a été consulté pour des douleurs à la hanche gauche peu claires (TAF pce 20 annexe 2) ainsi que le rapport du 11 août 2022 du Prof. II. _____ du Centre JJ. _____ qui conseille un nouvel examen de la colonne lombaire (TAF pce 21 annexe 2),
- la première page du rapport du 13 septembre 2022 de la clinique universitaire DD. _____ qui indique en particulier la persistance des lombosciatalgies surtout à gauche, survenues 3 mois après l'intervention, et mentionne que l'assurée ne peut plus marcher que 10 minutes et

souffre de douleurs importantes, nécessitant la prise d'antalgiques constante (TAF pce 23 annexe 2),

- le rapport du 3 octobre 2022 du Dr KK._____ qui propose une révision et une spondylodèse L4-L5 (TAF pce 23 annexe 3), la radiographie du 9 décembre 2022 de la colonne lombaire et cervicale gauche (TAF pce 24 annexe 3) ainsi que le rapport de sortie du 12 décembre 2022 du Dr FF._____ qui fait état du séjour hospitalier de l'assurée du 6 au 12 décembre 2022 ainsi que de l'intervention du 6 décembre 2022 avec décompression microchirurgique L3/L4 et L4/L5 à gauche et spondylodèse de L3-L5 (TAF pce 24 annexe 2).

8.4 Par ailleurs, les documents suivants ont été recueillis :

- la lettre du 21 mai 2015 du du foyer LL._____ par laquelle le contrat de travail de l'assurée a été résilié pour cause de maladie (AI pce 115 p. 4) ainsi que les explications du 1^{er} février 2021 de cet employeur, confirmant que la résiliation a été prononcée après une longue absence de l'assurée pour un burnout important (AI pce 115 p. 5),
- le curriculum vitae de mars 2017 ainsi que divers certificats de travail et diplômes de l'assurée (AI pce 32 notamment p. 9 et 12),
- la déclaration de sinistre LAA du 30 mai 2017 (AI pce 38.36), le rapport de l'entretien à domicile du 29 novembre 2017, établi par un collaborateur de la SUVA (AI pce 38.18), ainsi que la décision du 1^{er} février 2018 de la SUVA et l'opposition du 27 février 2018 de l'assurée à son encontre (AI pces 25 p. 3 et 31),
- le questionnaire pour l'employeur, rempli et signé le 20 mars 2018 par les transports publics (...), et les attestations salariales de 2017 et 2018 jointes (AI pce 42),
- la prise de position du 24 février 2021 du service juridique de l'Office AI cantonal (AI pce 118) qui réfute que le revenu sans invalidité doit être établi d'après le salaire que l'assurée aurait gagné en tant que directrice de foyer et rejette de pratiquer un abattement sur le salaire avec invalidité, déterminé sur les bases statistiques.

9.

9.1 Sur le plan médical, l'OAIE a fondé sa décision contestée principalement sur le rapport du 29 juillet 2019 de l'expertise orthopédique

du Dr G. _____ et le rapport d'expertise psychiatrique du 13 octobre 2020 du Dr I. _____ ainsi que sur les nombreuses prises de position des médecins du SMR, établies par les Drs Z. _____ et BB. _____.

9.2

9.2.1 Le Dr G. _____, spécialisé notamment en rhumatologie et médecine interne et expert médical certifié SIM, travaillant à la Clinique H. _____ de (...), a examiné l'assurée le 23 juillet 2019.

Dans son rapport d'expertise du 29 juillet 2019 (AI pce 71 p. 9 ss), il a posé comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail 1) un symptôme douloureux lombospondylogène accentué à gauche (M54.4), avec, d'une part, une altération segmentaire débutante de la colonne vertébrale L3/L4 à L4/L5 et protrusion discale de la colonne vertébrale L3/L4 à base large, sans compression médullaire, au niveau des L4/L5 un rétrécissement du canal spinal ostéo-discoligamentaire avec spondylarthrose supplémentaire sans compression médullaire ; une irradiation pseudo-radulaire dans la jambe gauche, légèrement myofasciale, un déséquilibre myofascial prononcé avec limitation de la fonction de contrôle de la posture et du mouvement de la colonne lombaire après une perte de poids de 30 kg en l'espace d'un an et simultanément, une hypermobilité de la colonne lombaire (score de Beighton 5/9), et d'autre part, une chute en arrière le 26 mai 2017 avec une aggravation directionnelle transitoire des douleurs dorsales et, plus encore, une IRM de la colonne lombaire 07/2017, et 2) un widespread pain syndrome/fibromyalgie (M79.7) avec, d'une part, une influence sur la résistance à l'effort et la capacité de travail dans le contexte d'un trouble douloureux pertinent, justifié d'un point de vue psychiatrique, et d'autre part, des signes de comportement d'épargne et de somatisation dans le cadre d'une situation de stress psychique survenue après des épisodes dépressifs et deux burnout.

Sans répercussion sur la capacité de travail, le spécialiste a retenu 1) des épisodes dépressifs récurrents moyen à sévère, 2) des symptômes de burnout en tant qu'employée d'expédition en 2015, 3) des symptômes de burnout en tant que directrice d'un foyer en 2016, 4) une décompensation psychique après licenciement en juillet 2018, 5) des douleurs lombaires chroniques avec altérations dégénératives, 6) une bursite trochantérienne gauche ventro-médiale avec des appositions osseuses réactives, une tendinopathie d'insertion du muscle moyen fessier (m. gluteus medius) et une configuration articulaire régulière avec rupture du labrum dorsal (IRM de la hanche gauche 25.7.2019), 7) un rhumatisme des parties molles,

diagnostiqué à 20 ans, 8) une opération du genou gauche par ligamentoplastie après luxations patellaires (toujours luxations habituelles), 9) la paroi de la cloison nasale et conchotomie à 21 ans, 10) une résection partielle du côlon après perforation couverte, probablement par une diverticulite en 2012, 11) un curetage incomplet en 2012, 12) diverses infections de la vessie et des reins, des troubles asthmatiques et des troubles allergiques, 13) actuellement une morsure de chat à la main droite (traitement par antibiotique) et 14) une intolérance au Tilur et Tramadol.

Le Dr G. _____ a précisé que les plaintes purement somatiques résultaient des altérations dégénératives au bas du dos mais que l'assurée pouvait entièrement poursuivre ses activités quotidiennes, s'occuper de ses trois grands chiens et de son élevage de chats qui contenait alors 36 animaux. Par ailleurs, il a noté que la symptomatologie fibromyalgique était établie selon des critères reconnus. Il a également attesté une persistance des plaintes somatiques, respectivement une résistance des plaintes aux traitements et s'il a observé des signes d'épargne, il a attesté qu'il n'avait pas constaté d'aggravation et de simulations de la part de l'assurée. En outre, selon lui, le succès du traitement et celui de la réintégration de l'assurée était menacé au regard de la symptomatologie fibromyalgique et le trouble psychiatrique concomitant.

Selon l'expert, l'activité adaptée devrait permettre à l'assurée d'alterner les positions assises, debout et la marche et de changer librement de positions. L'assurée devrait en outre éviter le port régulier de charges de plus de 10 kg, de se pencher fréquemment ou de poursuivre des activités qui impliquent la rotation fréquente du tronc ou de postures forcées en position assise ou debout sur place pendant plus de 3/4 d'heure. L'activité de conductrice de trams est, selon l'expert, inadaptée en raison de la position assise prolongée et de la posture forcée. Cela étant, l'activité d'employée de commerce et de directrice de foyer n'était pas limitée d'un point de vue somatique et la fibromyalgie ne justifiait pas non plus de limitations. S'agissant de l'évolution des incapacités de travail, l'expert a confirmé que le status quo sine était atteint une année après l'accident du 26 mai 2017, soit en mai 2018.

9.2.2 Le Dr I. _____, psychiatre et psychothérapeute a examiné l'assurée le 3 juillet 2020.

Il a retenu dans le rapport d'expertise du 13 octobre 2020 (AI pce 91 p. 2 ss) comme diagnostics 1) un trouble dépressif récurrent, actuellement d'épisode léger (F33.0), 2) une accentuation de certains traits de la

personnalité avec des éléments émotionnels instables prédominants (Z73.1) ainsi que 3) un syndrome douloureux somatoforme persistant (R45.4) et il a motivé ces diagnostics aussi par rapport à ceux indiqués par le psychiatre traitant (p. 13 ss et 17 du rapport d'expertise).

En outre, l'expert a considéré que l'assurée se trouvait dans une situation psychosociale difficile (p. 15 du rapport), que le traitement psychiatrique et psychothérapeutique était suffisant et correspondait aux prescriptions médicales (p. 15) et que le pronostic était bon si l'assurée pouvait être intégrée professionnellement. A ce sujet, il a tenu compte des diagnostics, de leurs degrés et interactions. De plus, il a relevé que l'assurée avait certes vécu une enfance et une adolescence difficile, qu'elle présentait une vulnérabilité accrue à développer une symptomatologie dépressive et qu'il existait des modèles de comportement et de perception dysfonctionnels, limitant les ressources personnelles. Cela étant, il a remarqué que l'assurée avait toujours réussi, jusqu'à il y a trois ans, à trouver sur le marché du travail un emploi à plein temps (p. 16). L'expert a encore noté qu'il existait des tendances d'aggravation de la part de l'assurée et des incohérences entre les symptômes (douloureux) décrits par l'assurée et ses activités de la vie quotidienne et si elle présentait un état dépressif modéré ou sévère, attesté par le psychiatre traitant, elle ne serait pas en mesure de gérer son quotidien tel qu'exposé (p. 16 et 17).

Le Dr I. _____ a décrit comme limitations fonctionnelles de l'assurée une vulnérabilité à développer un nouvel épisode dépressif, des problèmes de concentration et de mémoire, des schémas de comportement et de perception, alimentant les traits de la personnalité accentués, ainsi que le trouble somatoforme douloureux qui serait prononcé et aurait pris une dynamique propre et limiterait l'assurée, selon la propre perception de celle-ci, considérablement (p. 17 et 18). Par ailleurs, en application de la Mini-CIF-APP, l'expert a déterminé, au regard des anciennes activités professionnelles comme employée de commerce pour des entreprises de transports et comme directrice de foyer, quelques limitations légères (points 4, 7, 9 à 11 ; p. 13). Il a encore remarqué qu'une activité adaptée devrait impliquer, par rapport aux dites anciennes activités, moins de tâches nécessitant une interaction sociale (p. 18).

En conclusion, pour les anciennes activités comme employée de commerce dans des entreprises de transport et comme directrice de foyer, l'expert a attesté une incapacité de travail de 70% depuis l'accident au printemps 2017 jusqu'au début du traitement psychiatrique en octobre 2018. En février 2019, l'état de santé se serait amélioré, justifiant une capacité

de travail de 50% qui serait désormais de 60%. Dans une activité adaptée, qui requiert moins d'interactions sociales, l'expert a attesté depuis l'accident jusqu'en février 2019 une incapacité de travail de 50%. Depuis lors, la capacité de travail se serait améliorée et s'élèverait désormais à 80% (p. 18).

9.2.3 Le Dr Z. _____ du SMR, spécialiste en orthopédie et médecine physique et de réadaptation, s'est déterminé plusieurs fois dans le dossier.

Le 23 octobre 2019, le médecin du SMR a avancé que sur le volet somatique et dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr G. _____, l'assurée avait retrouvé une capacité de travail entière dès le 4 juin 2018, lorsque le Dr T. _____, dans son rapport orthopédique du 4 juin (recte : 8 juin) 2018, avait proposé un essai de travail (AI pce 77 p. 3 ss).

Le 4 novembre 2020 (AI pce 94 p. 4 ss), le Dr Z. _____ s'est prononcé sur les nouveaux résultats du 14 juillet 2020 des examens par IRM du bassin, des hanches et de la colonne vertébrale, ainsi que sur le rapport du 6 août 2020 du Dr W. _____ et a conclu que la situation ne s'était pas modifiée depuis l'expertise du Dr G. _____, le Dr W. _____ ayant remarqué qu'il existait une composante psychique. Par ailleurs, le médecin du SMR a confirmé les conclusions de l'expertise psychiatrique et retenu les diagnostics avancés par les experts rhumatologique et psychiatre. Il a également fait état de capacités et d'incapacités de travail diverses. En particulier, il a attesté que dans une activité adaptée aux limitations psychiques de l'assurée, l'incapacité de travail était de 100% du 26 mai 2017 au 3 juin 2018, de 50% du 4 juin 2018 au 31 janvier 2019 et de 20% dès le 1^{er} février 2019.

Dans sa prise de position du 9 mars 2021 (AI pce 119), le Dr Z. _____, après avoir examiné le rapport du 2 février 2021 du Dr V. _____, a maintenu que sur le volet somatique, le rapport d'expertise du Dr G. _____ restait déterminant. Il a également remarqué qu'une incapacité de travail plus importante que celle attestée par les experts médicaux ne serait pas justifiée au regard des constats médicaux et du niveau élevé des activités quotidiennes de l'assurée qui possède plusieurs animaux domestiques (trois grands chiens, un élevage de chats, plusieurs aquariums et neufs poules) et un grand jardin.

Dans sa dernière prise de position du 16 mars 2021 (AI pce 122), le Dr Z. _____ a remarqué que le Dr AA. _____, dans son rapport du 28 février 2021, ne faisait état d'aucune nouvelle limitation somatique et qu'il

aurait confirmé le niveau élevé des activités quotidiennes de l'assurée. De surcroît, les derniers résultats du 12 mars 2021 de l'IRM de la colonne vertébrale entière auraient montré une amélioration de la situation et ainsi une situation stabilisée par rapport à l'examen par IRM du 14 juillet 2020. Pour conclure, le médecin du SMR a confirmé ses positions précédentes.

9.2.4 La Dresse BB. _____ du SMR, psychiatre et psychothérapeute, s'est prononcée le 27 avril 2021 notamment sur le rapport du 2 février 2021 du Dr V. _____ et a conclu que le rapport d'expertise du Dr I. _____ restait déterminant (AI pce 123). Pour l'essentiel, elle a argué que les diagnostics retenus par les médecins n'étaient pas déterminants pour fixer les incapacités de travail mais que les limitations fonctionnelles de l'assurée importaient. A ce sujet, elle a avancé que l'expert psychiatre avait considéré que les douleurs avancées par l'assurée ne correspondaient pas à ses activités quotidiennes. Plus encore, l'assurée avait pu suivre d'une façon concentrée l'entretien d'examen de trois heures environ. La médecin du SMR a aussi avancé qu'il était admis que l'ancienne activité de directrice de foyer n'était plus exigible puisque l'assurée devait limiter, selon l'expert psychiatre, les interactions sociales avec d'autres personnes. Toutefois, la Dresse BB. _____ a expliqué que l'assurée ne devait pas éviter totalement de telles interactions. Elle a de plus critiqué que le Dr V. _____ aurait omis de décrire le statut psychopathologique actuel, qu'il n'aurait pas motivé le diagnostic du trouble dépressif moyen attesté et qu'il avait déterminé les limitations fonctionnelles de l'assurée par rapport à l'activité de directrice de foyer alors que dans l'activité comme employée de commerce, exigible selon la médecin du SMR, les limitations étaient moins importantes. Du reste, la Dresse BB. _____ a avancé que le Dr AA. _____, dans son rapport du 28 février 2021, n'avait retenu, à l'instar de l'expert psychiatrique, qu'une dépression de degré léger.

9.3 Au regard de tous ces documents, l'OAIE a retenu dans la décision litigieuse (AI pces 126 s.) qu'en septembre 2018, lorsque le droit à la rente pouvait naître au plus tôt compte tenu de la demande de prestations de l'assurée du 10 mars 2018, celle-ci ne pouvait plus exercer son ancienne activité de conductrice de trams. Par contre, dans une activité adaptée, qui devait aussi limiter les interactions sociales – telles que des activités de contrôle, de tri ou de surveillance ou encore comme employée de commerce – la capacité de travail résiduelle était de 50%. L'état de santé se serait amélioré à compter de février 2019 et aurait permis à l'assurée de poursuivre une activité professionnelle à temps complet, avec une réduction de la prestation de 20%.

9.4 La recourante qui conteste la position de l'Office AI a versé en cause, devant l'autorité inférieure déjà, de nombreux documents de ses médecins traitants. Dans la mesure où elle a produit dans le cadre de la présente procédure de recours de nombreuses nouvelles pièces médicales (cf. notamment consid. 8.3.2), il est rappelé que le Tribunal ne peut pas tenir compte des faits survenus après la décision attaquée du 7 juin 2021 (cf. consid. 3.2). Dès lors, les rapports médicaux postérieurs à la décision litigieuse ne seront discutés ci-après que s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision querellée a été rendue (TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et références).

10.

10.1 Il s'agit d'examiner si la position de l'OAIE peut être confirmée. La jurisprudence a posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

10.2

10.2.1 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).

10.2.2 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise médicale confiée par l'office AI à des médecins indépendants en application de l'art. 44 LPGA est établie par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts ont abouti 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).

10.2.3 Selon la jurisprudence, toutes les affections psychiques, aussi les troubles dépressifs de degré moyen ou léger, doivent en règle générale

être évaluées dans une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (cf. affections psychosomatiques : ATF 141 V 281 ; toutes les affections psychiques : ATF 143 V 418 ; aussi les troubles dépressifs de degré moyen ou léger : ATF 148 V 49 ; 143 V 409 ; les syndromes de dépendance : ATF 145 V 215). Selon la jurisprudence, la fibromyalgie, respectivement les troubles somatoformes douloureux très similaires (cf. ATF 132 V 65 consid. 4, 4.1 ; TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi PETER HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12) font partie des affections psychosomatiques soumises à l'évaluation par cette procédure (cf. ATF 141 V 281). Ladite procédure probatoire a pour but de déterminer l'atteinte à la santé et ses conséquences sur la capacité de travail de la personne concernée d'une façon ouverte, sans résultat prédéfini, et compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Elle permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité de la personne assurée et, d'autre part, les ressources de celle-ci afin de déterminer la gravité fonctionnelle de l'atteinte (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références). Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à travers les indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

Le diagnostic, émanant d'un spécialiste psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV, forme le point de départ de l'examen (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1 ; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La 1^{ère} catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités ; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), le complexe « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3). La 2^{ème} catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

10.2.4 Les prises de position du SMR et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR : TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., Art. 57 n° 7 et 42 ss, et art. 59 n° 2). Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré-e et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes et se trouvant au dossier (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3).

10.3 En l'occurrence, l'assurée souffre tant de troubles somatiques que de troubles psychiques qui limitent sa capacité de travail. En particulier, les experts ont attesté sur le plan somatique un widespread pain syndrome/fibromyalgie, respectivement, sur le plan psychiatrique un syndrome douloureux somatoforme persistant, soumis à l'examen probatoire structuré selon l'ATF 141 V 281 cité. Par ailleurs, il est précisé que si des signes d'épargne, des tendances d'aggravations et des incohérences ont été décrits par les deux experts (cf. consid. 9.2.1 et 9.2.2), les médecins n'ont pas observé d'exagération des symptômes ou des manifestations analogues lesquelles auraient d'emblée conduit à nier le droit à la rente (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 9C_618/2019 du 16.3.2020 consid. 8.1.1) et l'OAIE, à juste titre, ne prétend pas le contraire.

10.4

10.4.1 Sur le plan somatique, le Tribunal n'a pas de raisons de mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise du 23 juillet 2019 du Dr G. _____ (consid. 9.2.1). En effet, ce spécialiste a pratiqué un examen approfondi de l'état de santé de l'intéressée, compte tenu du dossier médical qui avait alors été constitué et qu'il a résumé (Al pce 71 p. 2 à 6 du rapport), de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée qu'il a examinées et rapportées d'une manière détaillée (p. 6 à 12 du rapport) ainsi que de

ses examens cliniques qui ont notamment porté sur l'état interne, neurologique, dorsal et sur les membres périphériques. L'expert a en outre fait réaliser une IRM de la hanche gauche, le 24 juillet 2019, dont il a tenu compte (p. 12 à 15). Plus encore, le Tribunal remarque que les conclusions et réponses de l'expert aux questions posées sont motivées et cohérentes (p. 16 à 28). Elles sont du reste similaires aux conclusions d'autres médecins, à savoir le Dr R. _____ de la SUVA, la Dresse S. _____, médecin du travail, et les Drs T. _____ et U. _____ consultés par l'assurée (cf. consid. 8.1).

Aussi, ce rapport d'expertise, au moment de sa rédaction, au 23 juillet 2019 bénéficiait de pleine valeur probante.

10.4.2 Cela étant, depuis ce rapport d'expertise, l'assurée a fait valoir une aggravation de son état de santé physique et de nouveaux rapports médicaux et résultats d'examens ont été versés en cause (cf. consid. 8.1 et 8.2). Notamment le Dr W. _____ neurochirurgien, a rapporté le 6 août 2020, une année après l'expertise rhumatologique, une augmentation importante des douleurs dorsales et de l'irradiation dans les jambes, surtout à droite, tout comme un trouble sensitif intermittent sur la plante du pied et des douleurs au genou gauche et aux mains. Ce spécialiste a également souligné que les altérations dégénératives de la colonne lombaire étaient importantes au regard de l'âge de l'assurée et que la situation était complexe. Certes, le Dr W. _____ a relevé la présence d'une composante psychique ce que le Dr G. _____ avait d'ailleurs également observé. Néanmoins, il existe au regard de l'examen du Dr W. _____ des doutes que les conclusions du rapport d'expertise restaient déterminantes au-delà de sa rédaction le 23 juillet 2019 et que l'appréciation du Dr Z. _____ du SRM (consid. 9.2.3), qui soutient cette affirmation, tienne suffisamment compte de l'évolution de l'état de santé de l'assurée jusqu'au moment où la décision attaquée a été rendue presque deux ans plus tard. En effet, le médecin du SMR n'a pas examiné lui-même l'assurée et ne s'est basé que sur des rapports médicaux émis dans le cadre du traitement, ne fournissant aucuns renseignements concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Le rapport du 28 février 2021 du Dr AA. _____, qui a examiné l'aptitude à la conduite automobile de l'assurée, ne contient pas non plus d'éléments utiles, l'objectif de son examen n'ayant pas visé l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Enfin, il est constant que l'imagerie médicale sans confrontation clinique n'a pas de valeur probante (ATF 140 V 193 consid. 3.1 s. et références ; TF 9C_793/2016 du 3 mars 2017 consid. 4.1.2, 9C_514/2015 du 14 janvier 2016 consid. 4) et que, par conséquent, les observations du médecin du

SMR à l'égard des nouveaux résultats d'examens produits ne sont pas non plus suffisantes.

Dans cette situation et compte tenu de la maxime inquisitoire, il aurait appartenu à l'Office AI de compléter le dossier à compter du 23 juillet 2019 par une nouvelle expertise médicale.

10.5

10.5.1 Sur le volet psychiatrique, le Tribunal constate d'abord que l'examen du Dr I. _____ était fondé sur un exposé du dossier médical constitué (AI pce 91 p. 4 à 9), des plaintes actuelles de l'assurée (p. 9 du rapport), de l'anamnèse (p. 9 à 13) et des constats de son examen clinique et complémentaire (p. 13 et 14), et que l'expert a motivé les diagnostics posés (p. 14 et 15) ainsi que ses conclusions (p. 16 à 19) au regard des exigences posées par l'ATF 141 V 281.

Toutefois, pour les raisons exposées ci-après, le Tribunal ne saurait reconnaître valeur probante au rapport du 13 octobre 2020 de l'expert.

10.5.2 D'une part, l'expertise du Dr I. _____ a été entreprise une année après l'expertise rhumatologique du Dr G. _____ et le Tribunal vient d'exposer qu'il existe des doutes que l'évaluation rhumatologique restait déterminante au-delà du rapport du 23 juillet 2019 (cf. 10.4.2 ci-dessus). L'appréciation du Dr I. _____ ne se fondait donc pas sur une évaluation de la situation somatique actuelle et se trouve, par conséquent, également mise en cause, l'expert psychiatre ayant du reste dû se déterminer sur le widespread pain syndrome/la fibromyalgie observée par l'expert rhumatologue (cf. consid. 9.2.1).

10.5.3 Les rapports du Dr V. _____ sèment des doutes supplémentaires quant à la fiabilité et pertinence des conclusions du Dr I. _____.

10.5.4 Ce psychiatre traitant a fait état d'un trouble de la personnalité accessoire (F61) avec éléments compulsifs, paranoïaques et émotionnels instables depuis l'enfance/adolescence et expériences chroniques et répétitives dans l'enfance, d'un trouble dépressif récurrent, d'épisode d'abord sévère et ensuite moyen, avec double dépression et existant depuis au moins 2010, d'une suspicion d'un trouble hyperkinétique à l'âge adulte (F90) ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, 4) d'une dépendance alcoolique (F10.20), momentanément abstinente et existant d'une manière épisodique depuis 2015 (AI pces 66 p. 3 ss et 115 p. 9 ss).

Plus encore, le Dr V. _____ a attesté des taux d'incapacité de travail plus élevés que l'expert, voire initialement, dans ses rapports des 30 janvier et 28 février 2019, une incapacité de travail totale (AI pces 66 et 68 p. 21 ss) et ultérieurement, dans ses rapports des 2 février et 18 août 2021, une incapacité de travail de 70% dans un environnement professionnel bienveillant, l'incapacité de travail totale d'une courte durée, de décembre 2020 à janvier 2021, étant réservée (AI pce 115 p. 9 ss ; TAF pce 8 annexe 6).

Dans son rapport du 2 février 2021 (AI pce 115 p. 9 ss), le psychiatre traitant a formulé des griefs concrets à l'égard du rapport d'expertise du Dr I. _____. En particulier, il a critiqué le fait que l'expert n'avait pas posé comme diagnostic un trouble de la personnalité accessoire (F61), mais une accentuation de certains traits de la personnalité avec des éléments émotionnels instables prédominants (Z73.1). Il a argué que si l'expert avait certes admis une vulnérabilité accrue de la part de l'assurée et exposé ses traumatismes et anomalies de comportements précoces ainsi que les nombreuses résiliations des contrats de travail, l'expert aurait enjolivé ces éléments en relevant surtout que l'assurée avait toujours pu trouver de nouveaux emplois. Le psychiatre traitant a également remarqué qu'une personne souffrant d'un trouble grave de la personnalité pouvait pendant un certain temps se comporter de manière discrète – comme en l'espèce durant l'expertise – aller à l'école et achever des formations – ou comme en l'occurrence, organiser une vie quotidienne de manière autonome, sans interactions personnelles et tâches contraignantes définies par de tiers – mais que les problèmes, voire les limitations fonctionnelles relatives à l'atteinte, surviennent avec l'exercice d'une activité professionnelle comme en l'occurrence chez l'assuré qui a souvent changé d'employeurs.

10.5.5 Le Tribunal de céans convient, certes, que les diagnostics en tant que tels ne permettent pas de conclure à des incapacités de travail, celles-ci dépendant plutôt des limitations fonctionnelles observées en raison de l'atteinte à la santé (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.1 s. ; TF 9C_570/2018 du 18 février 2019 consid. 3.2.1 ; 9C_793/2016 du 3 mars 2017 consid. 4.1.2 ; 9C_514/2015 du 14 janvier 2016 consid. 4). Pourtant, certains diagnostics (pour celui du trouble douloureux somatoforme voir l'ATF 141 V 281 consid. 2.1.1) comprennent des critères de gravités dont il sied de tenir compte dans le cadre de l'évaluation d'une atteinte psychique, conformément à ce qu'impose la jurisprudence (voir le complexe « atteinte à la santé »), afin de déterminer les facteurs d'incapacité de la personne assurée. Or, en l'espèce, le trouble de la personnalité accessoire (F61), retenu par le psychiatre traitant au regard de l'enfance difficile de l'assurée et des anomalies de comportement précoces, a valeur de trouble mental alors que

l'accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1), attestée par l'expert, ne forme pas à proprement parler une maladie (cf. TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 6.5.3). Plus encore, contrairement à l'accentuation de certains traits de la personnalité, le trouble de la personnalité accessoire peut comporter des critères de gravités, certes d'intensités variées, la CIM-10 (classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, 10^e révision), le définissant, tout comme les troubles spécifiques de la personnalité (F60) et les modifications durables de la personnalité (F62), comme « des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations soit extrêmes soit significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont généralement stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable » (cf. CIM-10 version 2008, dernièrement consultée le 16 juillet 2024 sur le site icd.who.int, voir sous le chapitre « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte [F60-F-69] »). Par conséquent, les diagnostics posés jouent en l'espèce un rôle important pour apprécier la gravité de l'atteinte psychique de l'assurée. L'expert psychiatre a d'ailleurs considéré les diagnostics, leurs degrés et interactions lors de son appréciation du pronostic (cf. consid. 9.2.2) ce qui influe sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

En outre, l'argument avancé par l'expert à deux reprises que l'assurée avait toujours réussi, jusqu'il y trois ans – donc avant l'apparition de ses troubles douloureux – à trouver sur le marché du travail un emploi à plein temps, pouvant certes relever de ressources de l'assurée, ne saurait pas exclure une absence de gravité des atteintes à la santé survenues ultérieurement (cf. TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.2). En l'occurrence, ce raisonnement de l'expert se trouve encore plus affaibli dans la mesure où l'assurée a souvent changé d'employeurs au cours de sa carrière professionnelle (cf. son curriculum vitae de mars 2017 ; AI pce 32) ce qui peut, le cas échéant, faire état – telles que soulignées par le psychiatre traitant – de limitations importantes de son fonctionnement social avec répercussion sur sa capacité de travail.

En conséquence, les critiques avancées par le Dr V. _____ à l'égard des conclusions de l'expert psychiatre peuvent être pertinentes.

10.5.6 Plus encore, le Tribunal remarque que l'affirmation de la médecin du SMR, qui conteste l'appréciation du psychiatre traitant et soutient que celui-ci aurait omis de décrire, dans son rapport du 2 février 2021, le status psychopathologique actuel de l'assurée et n'aurait pas expliqué ses conclusions, ne repose sur aucun fondement. Au contraire, ce médecin lequel a produit plusieurs rapports et attestations médicaux (des 30 janvier et 28 février 2019 et des 2 février et 18 août 2021 [AI pces 66, 68 p. 21 ss et 115 p. 9 ss, TAF pce 8 annexe 6] voir aussi l'attestation non datée : TAF pce 19 annexe 2), a pratiqué un examen approfondi de l'état de santé de sa patiente tout en motivant d'une façon cohérente et compréhensible les diagnostics posés et ses conclusions. Ainsi, dans son rapport du 28 février 2019 (AI pces 66), le Dr V. _____ a exposé d'une manière fouillée l'anamnèse, les symptômes, les traitements entrepris, les limitations fonctionnelles observées ainsi que son pronostic. Le rapport du 30 janvier 2019, certes plus court, par lequel le psychiatre a répondu à des questions de F. _____ Assurances, est tout aussi informatif, le médecin ayant dûment exposé l'anamnèse, la survenance du trouble psychique et son évolution ainsi que le traitement et l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée (AI pce 68 p. 21 ss). Enfin, dans le rapport du 2 février 2021, le Dr V. _____ a avancé en détail ses critiques à l'égard du rapport d'expertise du Dr I. _____. Afin d'étayer ses arguments, il a notamment décrit les limitations fonctionnelles de l'assurée selon des instruments d'évaluation reconnus, évaluant les déficits fonctionnels de la personnalité de l'assurée (IFAP 1) ainsi que les dimensions « activité » et « participation » de ses troubles psychiques (IFAP 2a d'après la Mini-CIF-APP ; cf. AI pce 115 p. 14 s. ; Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie, SSPP, p. 5 s. et annexe 5 ; ANDREAS TRAUB, ICF und Begutachtung aus juristischer Sicht, SVV Medinfo 2017/2 p. 42 s.). Si le psychiatre traitant a défini les limitations notamment (« insbesondere » ; AI pce 115 p. 14) par rapport à l'ancienne activité professionnelle de l'assurée comme directrice de foyer, ce que la médecin du SMR lui reproche, ceci est également vrai pour l'expert psychiatre qui, de plus, n'a pas non plus pratiqué une distinction entre l'activité de directrice de foyer et d'employée de commerce (AI pce 91 p. 14 et 19 ; voir également consid. 9.2.2). Par conséquent, les critiques de la Dresse BB. _____ du SMR doivent être écartées.

De surcroît, contrairement à ce que laisse entendre le Dr I. _____ (AI pce 91 p. 17), le fait que le Dr V. _____ n'a pas thématiquement les douleurs de l'assurée, ne nuit pas à la qualité de ses rapports et attestations. Le psychiatre traitant a expliqué d'une façon convaincante qu'il considérait que l'évaluation des troubles de dos de l'assurée et les douleurs y relatives ne

ressortaient pas de sa compétence (notamment : AI pce 68 p. 23 et TAF pce 8 annexe 6).

S'agissant en outre des activités quotidiennes de l'assurée, le Tribunal ne saurait, en l'état du dossier, partager l'appréciation des médecins du SMR qui ont prétendu, contrairement au psychiatre traitant, que ces activités empêcheraient la reconnaissance d'incapacités de travail supérieures à celles retenues par l'expert psychiatre (cf. consid. 9.2.3 s.). En effet, il apparaît que les activités de l'assurée n'ont pas été examinées d'une manière très détaillée – notamment, ni le nombre des promenades avec les chiens par jour, ni leur durée n'ont été notée dans les rapports – et que, du reste, l'assurée a mentionné qu'elle devait se reposer après les promenades, qu'elle se reposait aussi après le repas du soir qu'elle préparait, que son compagnon qui est à la retraite s'occupait également du ménage commun (cf. AI pce 91 p. 11) et que le grand jardin ne causait pas beaucoup de travail (AI pce 71 p. 19 s.). En outre, il sied de considérer à l'instar du psychiatre traitant que l'assurée peut s'organiser à la maison librement, en fonction de ses troubles et sans contraintes définies par de tiers, ce qui ne sera pas possible sur le marché du travail.

Enfin, comme sur le volet somatique déjà, le Tribunal constate que les médecins du SMR ne peuvent tirer aucun argument valable des conclusions du rapport du 28 février 2021 du Dr AA. _____ qui, à l'instar de l'expert psychiatre et contrairement au Dr V. _____, n'avait retenu qu'une dépression de degré léger, le Dr AA. _____ ayant examiné l'aptitude à la conduite automobile de l'assurée.

Il résulte donc de ce qui précède que le Tribunal n'a aucun motif de se départir de l'avis présenté par Dr V. _____ dans ses rapports, lesquels se fondent sur un examen approfondi de l'état de santé de l'assurée et dont les conclusions sont dument motivées. Ce médecin dispose du reste de la spécialisation médicale nécessaire afin de pouvoir se prononcer valablement sur l'atteinte psychique de l'assurée que de surcroît, il connaît bien, assurant le suivi de son traitement depuis le 10 octobre 2018.

10.5.7 Selon la jurisprudence, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert-e, on ne peut exclure, dans ce cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert-e par le Tribunal ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa et références ; notamment : TF 8C_59/2023 du

12 septembre 2023 consid. 3.2 ; 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 ; I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Dès lors, une nouvelle expertise psychiatrique s'impose en l'occurrence également eu égard à l'évaluation du Dr V._____. Le Tribunal ne saurait d'ailleurs pas non plus attribuer en l'état du dossier une valeur probante aux appréciations du psychiatre traitant. En effet, selon la jurisprudence, il convient d'apprécier les rapports d'un médecin traitant avec une certaine réserve, celui-ci étant généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour sa patiente, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4).

10.6 En conclusion, le Tribunal ne peut pas se déterminer sur les questions médicales tant sur le plan rhumatologique que sur le plan psychiatrique. Ni l'état de santé de la recourante ni sa capacité de travail n'ont été établis au degré de la vraisemblance prépondérante. Il y a donc lieu de procéder à une instruction complémentaire.

11.

Eu égard à ce qui précède, il convient d'admettre le recours en ce sens que la décision contestée est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour compléments d'instruction et nouvelle décision conformément à l'art. 61 al. 1 PA aux termes duquel l'autorité de recours qui statue en principe elle-même sur l'affaire, la renvoie exceptionnellement à l'autorité inférieure avec des instructions impératives.

Le renvoi de la cause est en l'espèce indiqué. En effet, selon la jurisprudence, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsqu'il s'agit notamment d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 s.). Or en l'occurrence, l'état de santé complet de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas encore été établis à satisfaction de droit. Il est au demeurant précisé que la recourante a été informée du risque que le renvoi de la cause et l'instruction complémentaire puissent, le cas échéant, aboutir à une situation qui lui serait défavorable, et elle a obtenu l'occasion de se prononcer sur le renvoi envisagé ou de retirer son recours, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; TAF pces 30 et 31).

Au regard de la complexité des atteintes de la recourante, l'Office AI mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologique et psychiatrique ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (cf. consid. 10.2.2). 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 (TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVIE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) – auprès d'experts indépendants (cf. art. 44 LPGA). L'expertise sera, en outre, organisée dans le respect des droits de participation de la recourante au sens de l'art. 44 LPGA ainsi que de l'art. 72^{bis} RAI qui précise les règles d'attribution des expertises bi- et pluridisciplinaires (cf. art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7 ; TAF C-2141/2020 du 27 mars 2023 consid. 13 ; C-2578/2022 du 16 mars 2023 consid. 8 ; C-6862/2019 du 3 août 2021 consid. 5.3). Sur la base de l'état de santé et de ses répercussions sur la capacité de travail établis, l'Office AI calculera ensuite les taux d'invalidité de l'assurée et rendra une nouvelle décision.

12.

12.1 Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure. La recourante a obtenu gain de cause suite à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier pour compléments d'instruction et nouvelle décision (cf. art. 63 al. 1 PA ; ATF 141 V 281 consid. 11.1 ; 137 V 210 consid. 7.1 ; TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6). L'avance de frais de 800 francs versée par la recourante (TAF pces 2 à 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais (cf. art. 63 al. 2 PA).

12.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF (RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Lorsque le TAF n'a pas reçu de

décomptes, il fixe l'indemnité sur la base du dossier en tenant compte du temps nécessaire à la défense de l'assurée (cf. art. 10 al. 1 et 14 al. 2 FITAF). L'art. 10 al. 2 et 3 FITAF détermine le tarif horaire applicable.

La recourante a été représentée jusqu'au 23 mars 2023 (TAF pce 26) par un mandataire qui n'exerce pas la profession d'avocat et qui n'a pas déposé de note d'honoraires. En outre, les frais de représentation ont été faibles puisque, hormis le recours qui se limitait à une seule page (TAF pce 1), les autres interventions de la recourante, certes nombreuses, n'ont consisté qu'en la simple transmission de nouveaux documents médicaux (TAF pces 6, 8, 14, 18, 19, 20, 21, 23 et 24). De surcroît, il sied de relever que la procédure était soumise à la maxime inquisitoire (cf. consid. 2.2). Comme dans des affaires similaires, il convient donc d'allouer à la recourante, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à 1'000 francs (frais compris ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

13.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 7 juin 2021 est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour compléments d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

14.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée sera remboursée à la recourante dès l'entrée en force du présent arrêt.

15.

L'OAIE payera à la recourante une indemnité à titre de dépens d'un montant de 1'000 francs.

16.

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 :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse 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 :