



Cour III
C-4262/2023

Arrêt du 4 novembre 2024

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Caroline Bissegger, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A. _____, (France),
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; octroi de rentes échelonnées;
décision du 3 juillet 2023.

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante française, née le [...] 1970. Mariée en octobre 1999, elle est mère de trois enfants, nés en 2000, 2003 et 2007 (OAIE pces 16, 17, 41 p. 1). Domiciliée en France, où elle a terminé en 1991 une formation de secrétaire (OAIE pce 91 p. 2), elle a travaillé en Suisse pour différents employeurs, d'août 1994 à juillet 2003 (OAIE pce 253). Depuis le 24 septembre 2015, elle exerce l'activité de nettoyeuse et femme de ménage à titre indépendant, dans la micro-entreprise de nettoyages professionnels qu'elle a créée en France (B._____ ; voir notamment questionnaires à l'assurée, du 19 juin 2022, et questionnaire pour indépendant, du 29 juin 2022 [OAIE pce 91 p. 3, 10 à 15, ainsi que p. 35 et 36 ; pce 245]). Le 24 mai 2017, elle est victime d'un accident de voiture (ou accident de la voie publique [AVP] ; OAIE pce 90 p. 1 ; pce 95), à la suite duquel, selon les attestations d'arrêts de travail versées au dossier (OAIE pce 242), elle alterne entre des périodes d'arrêt total d'activité et des périodes de mi-temps thérapeutique ou temps partiel. Dès le 1^{er} décembre 2018, elle est mise au bénéfice de diverses prestations sociales en France (pension d'invalidité de catégorie 2, allocation aux adultes handicapés correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieure à 50% et inférieur à 80%, « Carte mobilité inclusion », reconnaissance de l'affection nécessitant des soins de longue durée du 24 mai 2017 au 24 mai 2019 [OAIE pce 5 ; pce 7 ; pce 90 p. 2 à 9 ; pce 244]).

B.

Le 1^{er} décembre 2018, A._____ dépose auprès de la Caisse primaire d'assurance-maladie du Z. une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) suisse, à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE ; OAIE pces 16 et 18).

B.a Selon les pièces médicales produites dans le cadre de cette demande, l'accident de voiture du 24 mai 2017 a notamment entraîné une névralgie cervico-brachiale droite, des cervicalgies, des douleurs dorso-lombaires d'origine musculaire, des céphalées de tension, des douleurs irradiant dans la jambe droite et des sensations vertigineuses ; une entorse cervicale, une inversion de la courbure cervicale, des contusions aux deux poignets et de multiples contusions superficielles sont constatées (certificats médicaux initiaux du service des urgences de la Clinique du C._____, à Y., des 26, 28 et 29 mai 2017 [OAIE pce 25 p. 1 ; pce 27 p. 2 ; pce 28 ; voir également pce 73 p. 3]).

Par la suite, l'intéressée continue de présenter une symptomatologie douloureuse en rapport avec son accident, se manifestant principalement par des douleurs rachidiennes à prédominance cervico-dorsales avec irradiation dans la ceinture scapulaire et les membres supérieurs, mais sans déficit sensitivo-moteur, ni lésions neurologiques, absences caractéristiques d'un traumatisme cervical de type whiplash (rapports du Dr D._____, anesthésiste auprès du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du Groupe Hospitalier de la Région [GHR] de Y. et X., des 14 novembre 2018, 1^{er} avril et 16 septembre 2019, et 9 juin 2020 [OAIE pces 41, 45, 50, 61]). Au niveau radiologique, les IRM et examen radiologique réalisés les 7 juillet 2017, 11 et 24 avril 2018 montrent une discopathie C5-C6 avec protrusion discale et réduction de la flexion/extension centrée sur ce disque (OAIE pces 31, 34, 35). Une rupture quasi-complète du tendon supra-épineux de l'épaule droite est observée en septembre 2019 et opérée en septembre 2020 (OAIE pces 52 et 63).

Dans un rapport du 12 septembre 2019, la Dre E._____, rhumatologue, note un contexte de douleurs chroniques type fibromyalgie associées à des douleurs mécaniques d'origine cervico-dorso-lombaire, ainsi que des arthralgies au niveau des mains et des poignets, des talalgies mécaniques bilatérales, des gonalgies et des douleurs aux chevilles. De son côté, le Dr F._____, également rhumatologue, rapporte, le 22 juin 2021, puis le 23 février 2022, un tableau de cervicalgies post-traumatiques et des talalgies, dans un contexte de syndrome douloureux diffus (OAIE pce 53 p. 2 ; pce 73 p. 6 et 7 ; pce 83). Dans un certificat médical du 2 décembre 2021, le Dr D._____ fait état, chez sa patiente, d'un syndrome douloureux avec des caractéristiques de douleurs nociplastiques, dont le traumatisme initial par mécanisme de whiplash, ou au moins par un syndrome de stress post-traumatique, a constitué la porte d'entrée dans la maladie, marquée par une évolution non favorable, malgré les moyens thérapeutiques employés (OAIE pce 79 ; voir également certificats médicaux du 7 mars 2022 du Dr G._____, généraliste traitant [OAIE pce 85] ; ainsi que prescriptions et rapports de physiothérapie, kinésithérapie, massage, rééducation, semelles orthopédiques, orthèse des poignets, neurostimulateur, canne et médicaments [OAIE pces 27 p. 3 ; 73 p. 1, 2, 4 ; 32 ; 36 ; 37 ; 39 ; 47 ; 48 ; 54 ; 56 à 60 ; 64 ; 67 à 72 ; 74 ; 75 à 77 ; 84 ; 86 ; 87 ; 92]).

En outre, depuis le 11 avril 2019, l'intéressée bénéficie d'un suivi psychologique au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du GHR de Y. et X. dans le cadre de sa prise en charge par le Dr D._____

(certificats de suivi de H._____, psychologue, des 5 novembre 2019 et 17 février 2022 [OAIE pces 55 et 82]), et, dès le 25 juin 2020, d'un suivi par le Dr I._____, psychiatre, et d'un traitement psychotrope pour une dépression compliquée d'un stress post-traumatique (rapport et ordonnance du 4 février 2022 [OAIE pces 80 et 81 ; voir également OAIE pce 88]).

Dans son rapport E 213 du 7 mars 2022 (OAIE pce 13), établi sur la base d'un entretien téléphonique et des éléments médicaux à sa disposition, le Dr J._____, médecin contrôleur de la Caisse primaire d'assurance-maladie de Y., retient, comme diagnostic, le code CIM-10 M 15, correspondant à une polyarthrose. Il indique qu'aux yeux de la législation française, la capacité de gain est inférieure ou égale à 50%.

B.b Invité à se prononcer sur le dossier médical, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine physique du Service médical régional Rhône (SMR), retient, dans sa prise de position du 8 septembre 2022 (OAIE pce 101), le diagnostic principal de séquelles d'entorse cervicale (T 91.8) et le diagnostic associé, avec répercussion sur la capacité de travail, d'omalgies à droite (M 75.1). Il estime que les renseignements médicaux à disposition sont insuffisants pour statuer et qu'il est nécessaire de demander de nouveaux rapports médicaux aux médecins traitants de l'intéressée.

Sont alors versés au dossier des prescriptions pour des séances de massage, de physiothérapie, de kinésithérapie et de rééducation, ainsi que pour des semelles, des collants et des médicaments (OAIE pces 113 et 114) ; un protocole de soins électronique indiquant une dépression grave sans symptômes psychotiques, du 10 novembre 2022 (OAIE pce 116 p. 1) ; un certificat médical du Dr I._____ du 4 novembre 2022 identique à celui du 4 février 2022 (OAIE pce 115) ; et les résultats d'une radiographie de l'épaule gauche du 24 novembre 2022 concluant à un aspect en faveur d'une enthésopathie calcifiante du tendon supra épineux, sans rupture tendineuse (OAIE pce 121).

A nouveau appelé à se prononcer, le Dr K._____, dans une deuxième prise de position du 10 janvier 2023 (OAIE pce 128), considère que les renseignements médicaux sont maintenant suffisants pour statuer et retient le diagnostic principal de séquelles d'entorse cervicale (T 91.8) et les diagnostics associés, avec répercussion sur la capacité de travail, d'omalgies à droite et de talalgies bilatérales (M 75.1 et M 72.2). Il estime qu'au niveau somatique, l'activité habituelle de nettoyeuse n'est plus

adaptée et conclut à une incapacité de travail de 100% dans toute activité du 24 mai au 31 juillet 2017, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il énumère dès le 1^{er} août 2017, à nouveau à une incapacité totale dans toute activité du 16 juin au 15 octobre 2020, suite à l'arthroscopie de l'épaule droite, et enfin à une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 16 octobre 2020.

B.c Au niveau psychiatrique, l'appréciation du dossier de l'intéressée est confiée au Dr L. _____, psychiatre auprès du service médical de l'OAIE, lequel psychiatre, dans sa première prise de position, du 12 janvier 2023 (OAIE pce 129), demande qu'un rapport psychiatrique complet lui soit fourni.

Est alors versé au dossier un certificat médical du 9 février 2023, dans lequel le Dr I. _____ explique que sa patiente présentait une dépression d'intensité sévère consécutive aux douleurs chroniques dues au cervico-traumatisme de 2017, qu'un syndrome de stress post-traumatique a également été observé, que le traitement par Mirtazapine proposé au mois d'octobre 2021 a permis de réduire la symptomatologie dépressive, et que cette affection psychiatrique nécessite un traitement psychotrope, des consultations psychiatriques et, éventuellement, une prise en charge en hôpital de jour (OAIE pce 132).

Sur cette base, le Dr L. _____, dans une deuxième prise de position, du 16 mars 2023 (OAIE pce 138), retient le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré-sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.1-2). Il conclut à une incapacité de travail de 100% dans toute activité du 24 mai au 31 juillet 2017, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il indique dès le 1^{er} août 2017, à une incapacité à nouveau totale du 16 au 24 juin 2020, puis à une incapacité de 70% du 25 juin 2020 au 30 septembre 2021 et enfin, à une incapacité de 50% dès le 1^{er} octobre 2021.

B.d Le 14 avril 2023, l'invalidité de l'intéressée est évaluée en application de la méthode générale de comparaison des revenus et aboutit à un taux d'invalidité de 100% dès le 24 mai 2017, de 0.61% dès le 1^{er} août 2017, de 100% dès le 16 juin 2020, de 70.18% dès le 25 juin 2020 et de 50.3% dès le 1^{er} octobre 2021 (OAIE pce 141).

Par projet de décision du 26 avril 2023 (OAIE pce 142), l'OAIE informe l'intéressée qu'il entend lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité

dès le 16 juin 2020, puis à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2020 et, enfin, à une quotité de rente de 50% dès le 1^{er} janvier 2022.

B.e Le 23 mai 2023 (OAIE pce 246), A. _____ conteste le projet de décision précité. Décrivant son état de santé et les répercussions de cet état sur sa capacité de travail notamment, elle demande une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2018. Outre des documents d'ores et déjà au dossier et des avis d'arrêts de travail (OAIE pce 242), l'intéressée produit avec sa contestation les résultats de différents examens, lesquels confirment la discopathie et la protrusion discale en C5-C6, l'atteinte de l'épaule droite (OAIE pces 149 ; 152 ; 158 ; 173 ; 176 ; 177 ; voir également certificats du Dr G. _____ des 30 septembre 2019 et 30 mai 2020, et du Dr D. _____ du 3 juin 2020 [OAIE pces 186 ; 194 ; 195]), ainsi que les thérapies suivies, au niveau somatique comme psychologique (OAIE pces 156 ; 157 ; 168 ; 171 ; 172 ; 178 ; 187 ; 188 ; 197 ; 209 ; 211 à 213 ; 216 ; 219 ; 221 ; 233 ; 241). Il est également fait état, notamment, d'une légère discarthrose médio-dorsale, de discrètes lésions de méniscopathie dégénérative au genou gauche et d'un minime kyste poplite au genou droit, de discrets remaniements dégénératifs de L3, d'un syndrome d'apnées du sommeil léger, d'une volumineuse calcification nodulaire en regard de la jonction des insertions des tendons supra- et infra-épineux à gauche, et des remaniements dégénératifs de l'articulation sacro-iliaque (OAIE pces 158 ; 163 à 165 ; 169 ; 170 ; 184 ; 189 ; 204).

B.f Invité à se prononcer dans le cadre de la contestation, le Dr L. _____, dans une troisième prise de position, du 1^{er} juin 2023 (OAIE pce 249), maintient en tout point son appréciation du 16 mars 2023.

B.g Par décisions du 3 juillet 2023, l'OAIE confirme son projet de décision du 1^{er} juillet 2021 et alloue à l'intéressée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 août 2020, une rente entière du 1^{er} septembre 2020 au 31 décembre 2021 et une rente correspondant à une quotité de 50% dès le 1^{er} janvier 2022 (OAIE pces 251 ; 252 ; 255 à 257).

C.

C.a Par acte non signé du 27 juillet 2023, complété et régularisé par écriture du 8 août 2023 (TAF pces 1, 2, 3), A. _____ interjette recours devant le Tribunal administratif fédéral contre les décisions précitées. Elle soutient qu'en raison de son état de santé tant somatique que psychologique, lequel ne se serait pas amélioré au fil du temps, des douleurs invalidantes ressenties dans tout le corps et des effets

secondaires des traitements suivis, elle est totalement incapable de travailler, a des difficultés à se mouvoir et à se concentrer, et doit être aidée quotidiennement par sa famille, y compris pour se laver, se coiffer, s'habiller. Elle affirme présenter une invalidité de 100% dès le 1^{er} janvier 2020 et demande l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle verse au dossier, en particulier, les résultats d'un examen radiologique et d'une IRM du 26 mai 2023, ainsi que d'une IRM du 21 juin 2023 concluant à une discopathie dégénérative débutante L3-L4, à des remaniements inflammatoires à l'étage thoracique et, dorénavant, à une discrète procidence discale également en C6-C7.

Dans une écriture du 12 août 2023 (TAF pce 5), à laquelle est jointe de nombreux documents, dont la plupart a d'ores et déjà été versée au dossier, la recourante reprend les éléments et conclusions de son recours.

C.b Par réponse du 30 octobre 2023, l'OAIE conclut au rejet du recours, se référant aux prises de position des Drs K._____ et L._____ des 13 et 19 octobre 2023, lesquels s'en tiennent à leurs appréciations précédentes (TAF pce 9).

La recourante y réplique le 2 janvier 2024, maintenant les conclusions de son recours. Elle joint de la documentation à son écriture (TAF pce 11).

Par duplique du 2 février 2024, l'OAIE réitère ses conclusions tendant au rejet du recours. Le Dr K._____, à nouveau consulté, maintient également ses conclusions précédentes (prise de position du 26 janvier 2024 ; TAF pce 13).

C.c Par ordonnance du 25 juin 2024, notifiée à la recourante le 29 juin 2024, le Tribunal de céans communique à l'intéressée qu'il entend renvoyer la cause à l'autorité inférieure et l'informe des risques correspondants en termes de *reformatio in pejus* ; il lui impartit un délai pour prendre position à cet égard ou retirer son recours, et l'avise qu'en l'absence de réponse dans le délai, le recours sera considéré comme maintenu (TAF pces 15 et 16).

La recourante n'a pas donné suite à cette ordonnance.

Droit :**1.**

1.1 En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Dans la mesure où la recourante est directement touchée par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, 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 pce 6), le recours est recevable.

2.

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé des décisions du 3 juillet 2023, allouant à la recourante une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 août 2020, une rente entière du 1^{er} septembre 2020 au 31 décembre 2021 et une rente correspondant à une quotité de 50% dès le 1^{er} janvier 2022.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure 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). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (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 ;

ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 136 V 24 consid. 4.3).

4.2 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, domiciliée en France, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect supranational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). 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).

Il sied de souligner encore que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012

du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009). Les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont donc pas liées par les décisions des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

4.3 Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance, au sens de l'art. 29 LAI, à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} juillet 2022, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état le 1^{er} janvier 2022, ch. 1007 à 1010).

Lorsqu'il s'agit du premier octroi d'une rente échelonnée, il convient d'établir quand s'est produite la modification déterminante, dont la date est déterminée selon l'art. 88a RAI. Si la modification déterminante s'est produite avant le 1^{er} janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent. Si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 qui s'appliquent (CIRAI, ch. 9102).

En l'espèce, dès lors qu'il est accordé, le droit à la rente peut prendre naissance au plus tôt le 1^{er} juin 2019 (art. 29 LAI). Quant à la modification déterminante, elle se produirait, si elle était avérée, le 1^{er} janvier 2022. La présente cause doit donc être examinée au regard des normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 s'agissant de statuer sur les droits nés avant le 1^{er} janvier 2022 et à l'aune des nouvelles dispositions pour la période suivant cette date.

4.4 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 3 juillet 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette

situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

5.

Tout-e requérant-e, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (OAIE pce 253). Reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse.

6.

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

être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e 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 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, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à un quart de rente s'il 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.

Au 1^{er} janvier 2022, le système des quarts de rente de l'ancien art. 28 al. 2 LAI a été remplacé par un système de rentes linéaire. Ainsi, aux termes de l'art. 28b LAI, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), tandis que pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Enfin, pour les taux d'invalidité compris entre 40% et 49%, les rentes s'échelonnent de façon linéaire de 25% à 47.5% d'une rente entière (al. 4).

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

7.

Selon la jurisprudence, lorsqu'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, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (art. 17 LPGGA ; ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêts du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non

publié in : ATF 137 V 369 ; voir également MARGRIT MOSER SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 9 ad art. 17 ; ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, voir ATF 133 V 108 consid. 5). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d ; arrêt du 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), dont l'al. 1 prévoit 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 maintienne 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. Selon son alinéa 2, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

8.

8.1 Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office AI compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté. A cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place.

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a donc besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la

personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

8.2 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

8.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

8.4 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail,

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

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du 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). Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré. Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3 ; 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

8.5 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 139 V 176 consid. 5.3).

9.

En l'espèce, les décisions litigieuses se fondent précisément, au niveau somatique, sur la prise de position du 10 janvier 2023 du Dr K._____, du SMR, qu'il confirme ensuite en procédure de recours, les 13 octobre 2023 et 26 janvier 2024 (OAIE pce 128 ; TAF pces 9 et 13), et au niveau psychiatrique, sur la prise de position du 16 mars 2023 du Dr L._____, du service médical de l'OAIE, qu'il confirme également, le 1^{er} juin 2023, puis en procédure de recours, le 19 octobre 2023 (OAIE pces 138 et 249 ; TAF pce 9).

Or, à la lecture des documents médicaux figurant au dossier, sur lesquels les Drs K._____ et L._____, n'ayant pas eux-mêmes examiné l'intéressée, se sont par conséquent fondés pour rendre leurs conclusions, le Tribunal de céans constate qu'on ne peut suivre l'appréciation des médecins de l'AI.

10.

10.1 Il s'avère tout d'abord qu'avant son avis du 10 janvier 2023, le Dr K._____ a pris position une première fois sur le dossier de la recourante et jugé que les renseignements médicaux à disposition étaient insuffisants pour statuer (prise de position du 8 septembre 2022 [OAIE pce 101]).

Figuraient alors au dossier, au niveau somatique, outre les résultats d'IRM et d'examen radiologique réalisés les 7 juillet 2017, 11 et 24 avril 2018, les résultats de l'arthrographie et de l'arthroscanner de l'épaule droite du 10 septembre 2019 (OAIE pces 31, 34, 35, 52), et un grand nombre de prescriptions de physiothérapie, kinésithérapie, massage, rééducation, semelles orthopédiques, orthèse des poignets, neurostimulateur, canne et médicaments (OAIE pces 27 p. 3 ; 73 p. 1, 2, 4 ; 32 ; 36 ; 37 ; 39 ; 47 ; 48 ; 54 ; 56 à 60 ; 64 ; 67 à 72 ; 74 ; 75 à 77 ; 81 ; 84 ; 86 ; 87 ; 88 ; 92),

différents certificats et rapports médicaux établis par les médecins traitants de la recourante (voir *supra* Faits B.a).

10.1.1 Parmi ceux-ci, les certificats médicaux initiaux du service des urgences de la Clinique du C._____, datant des jours qui suivent l'accident du 24 mai 2017, se limitent à mentionner les constatations faites aux urgences et à indiquer une incapacité de travail de 8 jours dans le certificat du 26 mai 2017, puis de 2 jours dans celui du 28 mai 2017. Ils font état en particulier d'une entorse cervicale, d'une névralgie cervico-brachiale droite et de cervicalgies (OAIE pce 25 p. 1 ; pce 27 p. 2 ; pce 28).

10.1.2 Les rapports des 14 novembre 2018, 1^{er} avril et 16 septembre 2019, 9 juin 2020 et 2 décembre 2021, du Dr D._____, lequel prend en charge l'intéressée au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du GHR de Y. et X. en raison de douleurs pluri focales qui perdurent suite à l'accident de mai 2017, sont certes plus détaillés que les certificats initiaux, mais restent peu précis sur les limitations fonctionnelles, et ne s'expriment que de manière générale sur la capacité de travail, sans se prononcer sur la possibilité d'une activité adaptée (OAIE pces 41, 45, 50, 61, 79). Ainsi, dans son rapport du 14 novembre 2018, le Dr D._____ indique, à titre de diagnostic, que la symptomatologie présentée par la patiente est indiscutablement en rapport avec son accident, avec effet de whiplash, et que la négativité des examens ne doit pas amener à minimiser les conséquences de ce traumatisme. A l'examen clinique, il constate de multiples « trigger points » (ou « nœuds »), mais pas de déficit sensitivo-moteur, tout au plus une limitation des mouvements d'abduction et d'antépulsion de l'épaule gauche. Il conclut, de manière générale, que les séquelles du whiplash peuvent être de nature à empêcher la reprise de l'activité professionnelle et à envisager la qualification en invalidité. Dans ses rapports, plus succincts, des 1^{er} avril et 16 septembre 2019, et 9 juin 2020, le Dr D._____ indique chez sa patiente des douleurs séquellaires extrêmement invalidantes avec un bilan radiologique et neurologique négatif, comme c'est le cas dans le traumatisme de whiplash, une raideur rachidienne et de la ceinture scapulaire le matin, nécessitant un déverrouillage matinal, et une économie des mouvements dans la journée qui rend difficile la réalisation des gestes de la vie quotidienne et l'exercice d'une activité professionnelle ; la reprise professionnelle de l'intéressée dans son métier de femme de ménage est « compromise », selon le Dr D._____. Il confirme ces éléments dans son rapport du 2 décembre 2021, dans lequel il décrit et interprète les différentes atteintes dont souffre la recourante pour parvenir à un diagnostic. Ainsi, il fait état d'une discopathie protrusive C5-C6 observée par IRM, pouvant très bien

correspondre à une séquelle d'entorse cervicale, de cervicalgies qui se sont peu à peu étendues au rachis et au bassin, de douleurs non systématisées avec des composantes neuropathiques, de talalgies et de douleurs de l'épaule, le tout dans un contexte de dépression et d'asthénie diurne ; et il conclut à un syndrome douloureux avec des caractéristiques de douleurs nociplastiques, dont le traumatisme initial par mécanisme de whiplash, ou du moins par un syndrome de stress post-traumatique, a constitué la porte d'entrée dans la maladie, marquée par un handicap persistant et une évolution non favorable jusqu'ici, malgré les moyens thérapeutiques employés.

10.1.3 Les rapports de deux rhumatologues se trouvent également au dossier. Le premier, du 12 septembre 2019, établi par la Dre E._____, est très succinct et, bien que basé sur un examen de la recourante, comme le certifie la rhumatologue, ne décrit pas les observations faites par la praticienne (OAIE pce 53 p. 2). La Dre E._____ se borne à indiquer que l'intéressée ne peut pas, actuellement, exercer un travail exigeant une station debout ou assise prolongée, ni le port de charges lourdes, en raison du contexte de douleurs chroniques qu'elle qualifie de type fibromyalgie associée à des douleurs mécaniques d'origine cervico-dorso-lombaire, à des douleurs des épaules, à des arthralgies au niveau des mains et des poignets, à des talalgies mécaniques bilatérales, à des gonalgies et à des douleurs des chevilles. La rhumatologue ne se prononce cependant pas sur la capacité de travail de sa patiente dans une activité qui serait adaptée aux limitations fonctionnelles qu'elle met en évidence.

Le deuxième rapport, du 22 juin 2021, établi par le Dr F._____, porte sur le diagnostic qu'il convient de poser sur les douleurs ressenties par la recourante et retient un tableau de cervicalgie post traumatique compliqué d'un syndrome douloureux diffus secondaire, mais ne dit rien d'éventuelles limitations fonctionnelles ou de la capacité de travail (OAIE pce 73 p. 6 et 7).

10.1.4 Enfin, parmi la documentation soumise au Dr K._____ pour sa première prise de position figure la lettre-liaison du 17 septembre 2020 concernant le compte-rendu de la réparation, sous arthroscopie réalisée le 16 septembre 2020, de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de la libération du quatrième doigt de la main droite. A cette occasion, une incapacité de travail de trois mois est prévue, soit jusqu'au 13 décembre 2020 (OAIE pce 63).

10.2 Comme le Dr K. _____ l'a à juste titre relevé dans sa première prise de position du 8 septembre 2022 (OAIE pce 101), il ressort de ce qui précède que les documents médicaux au dossier de la recourante « ne sont pas cliniquement assez descriptifs » et qu'« aucun médecin ne se prononce [sur] la capacité de travail dans une activité adaptée ». C'est donc à raison que le Dr K. _____ a requis des rapports médicaux récents de la part des médecins traitants, pour qu'ils y indiquent en particulier des diagnostics clairs, les répercussions fonctionnelles des pathologies diagnostiquées et l'évolution, en précisant les taux et les dates, de la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée.

10.3 Sont alors versés au dossier et soumis à nouveau au Dr K. _____, pour sa deuxième prise de position, du 10 janvier 2023 (OAIE pce 128), six prescriptions et ordonnances pour des séances de massage, de physiothérapie, de kinésithérapie et de rééducation, ainsi que pour des semelles, des collants et des médicaments (OAIE pces 113, 114, 116 p. 2), un protocole de soins du 10 novembre 2022 (OAIE pce 116 p. 1) et les résultats d'une radiographie de l'épaule gauche du 24 novembre 2022 (OAIE pce 121 ; voir *supra* Faits B.b). Or ces documents s'avèrent similaires à la documentation déjà versées au dossier et ne correspondent pas à la demande faite par le Dr K. _____ : ils ne clarifient pas les diagnostics et ne s'expriment ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail de la recourante. Ainsi, le protocole de soins n'indique qu'une « dépression grave sans symptômes psychotiques » ; et la radiographie de l'épaule gauche conclut à un aspect en faveur d'une enthésopathie calcifiante du tendon supra épineux gauche, sans rupture tendineuse.

Dans sa deuxième prise de position, du 10 janvier 2023, le Dr K. _____ fait encore mention d'un second certificat du Dr F. _____, du 23 février 2022 (OAIE pce 83), de deux certificats du 7 mars 2022 du Dr G. _____, généraliste traitant (OAIE pce 85) et du rapport E 213, du 7 mars 2022 également (OAIE pce 13). Or, le second certificat du Dr F. _____, très succinct, atteste de talalgies bilatérales, sans argument pour un rhumatisme inflammatoire, mais une atteinte mécanique de l'aponévrose plantaire droite dans un contexte de syndrome douloureux diffus, engendrant une difficulté fonctionnelle au quotidien, sans plus de précisions à cet égard. Les certificats médicaux du 7 mars 2022 du Dr G. _____ sont tous les deux très sommaires et aucun ne se prononce sur la capacité de travail de la recourante : le premier liste les troubles compris dans la polyopathie de l'intéressée, que le Dr G. _____ qualifie d'invalidante, et note que le port et la manipulation de charges sont

contre-indiqués et que la station debout prolongée ou assise est pénible à la patiente. Le second, encore plus court, certifie que la recourante est traitée pour rachialgies cervico-dorso-lombaires en rapport avec son accident de la voie publique et qu'on ne retrouve pas de symptomatologie de ce type avant ledit accident. Enfin, le rapport E 213 du 7 mars 2022, extrêmement sommaire lui aussi et établi sans examen de l'intéressée, se contente d'un résumé de rapports médicaux et ne se prononce ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail, se bornant à indiquer qu'aux yeux de la législation française, la capacité de gain est inférieure ou égale à 50% ; le diagnostic retenu dans ce rapport est celui de polyarthrose (M 75).

10.4 Pourtant, à réception de ces documents, malgré la diversité des troubles rapportés et des diagnostics posés, le peu d'éléments sur les limitations fonctionnelles et l'absence de toute conclusion claire sur la capacité de travail de la recourante, à tout le moins dans une activité adaptée, le Dr K. _____ a cette fois estimé dans sa prise de position du 10 janvier 2023, mais sans en expliquer les raisons, que les renseignements médicaux à disposition étaient dorénavant suffisants pour statuer.

10.5 Il a par la suite confirmé son appréciation du 10 janvier 2023, par prises de position du 13 octobre 2023 et du 26 janvier 2024 (TAF pces 9 et 13), bien qu'aucun des quelques nouveaux documents médicaux produits en procédure de recours, autres que les résultats d'IRM et d'examen radiologiques, ne vienne étayer sa position. Ainsi, le rapport de consultation du 10 janvier 2023 du Dr M. _____, du Service de la douleur du GHR Y. X., est un renouvellement d'ordonnances (annexe à TAF pce 1) ; le médecin y précise qu'il n'a pas de nouvelle proposition thérapeutique pour la patiente et que la poursuite du suivi au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ne lui paraît pas utile, sans toutefois faire état d'une amélioration de la situation de l'intéressée ; il l'invite bien plutôt à discuter avec son psychiatre l'éventuelle utilité de prendre dorénavant un antidépresseur qui serait également efficace contre les douleurs neuropathiques. Quant aux rapports du Dr D. _____ des 28 février 2020 et 21 janvier 2021 (annexe 2 à TAF pce 5), ils contiennent les mêmes éléments que les rapports d'ores et déjà cités de ce médecin (voir *supra* consid. 10.1.2).

10.6 Par souci de complétude, il convient de relever encore que la documentation médicale produite par la recourante en procédure d'audition – dans le cadre de laquelle le Dr K. _____ n'a pas été invité à

prendre position – n'est pas non plus de nature à confirmer les conclusions du médecin SMR, ni tout autre conclusion, au demeurant. Outre des documents d'ores et déjà au dossier, des avis d'arrêts de travail (OAIE pce 242) et les résultats de différents examens, lesquels confirment la discopathie et la protrusion discale en C5-C6, l'atteinte de l'épaule droite (OAIE pces 149 ; 152 ; 158 ; 173 ; 176 ; 177) ainsi que les thérapies suivies, au niveau somatique comme psychologique (OAIE pces 156 ; 157 ; 168 ; 171 ; 172 ; 178 ; 187 ; 188 ; 197 ; 209 ; 211 à 213 ; 216 ; 219 ; 221 ; 233 ; 241), l'intéressée produit avec sa contestation du projet de décision deux certificats du Dr G. _____ des 30 septembre 2019 et 30 mai 2020 (OAIE pces 186 et 194), identiques à ceux du 7 mars 2022 (voir *supra* consid. 10.3), et un certificat du Dr D. _____ du 3 juin 2020 attestant que la recourante est suivie au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur depuis le 5 novembre 2018 (OAIE pce 195). Les résultats des différents IRM, radiographies et échographies nouvellement versés en cause font par ailleurs état, notamment, d'une légère discarthrose médio-dorsale, de discrètes lésions de méniscopathie dégénérative au genou gauche et d'un minime kyste poplite au genou droit, de discrets remaniements dégénératifs de L3, d'un syndrome d'apnées du sommeil léger, d'une volumineuse calcification nodulaire en regard de la jonction des insertions des tendons supra- et infra-épineux à gauche, et des remaniements dégénératifs de l'articulation sacro-iliaque (OAIE pces 158 ; 163 à 165 ; 169 ; 170 ; 184 ; 189 ; 204).

10.7 Ainsi, c'est sur la base de la documentation décrite ci-dessus que le Dr K. _____ a retenu, sans les discuter, le diagnostic principal de séquelles d'entorse cervicale (T 91.8) et les diagnostics associés, avec répercussion sur la capacité de travail, d'omalgies à droite et de tatalgies bilatérales (M 75.1 et M 72.2). Il a estimé qu'au niveau somatique, l'activité habituelle de nettoyeuse n'était plus adaptée et a conclu à une incapacité de travail de 100% dans toute activité du 24 mai 2017, date de l'accident, au 31 juillet 2017. Puis il a retenu, dès le 1^{er} août 2017, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il énumère, à savoir des positions alternées, un port de charges limité à 10 kg, pas de travaux lourds, pas de marche prolongée et/ou en terrain inégal, pas d'échelles ni d'échafaudages, pas d'activités en flexion-rotation-extension et porte-à-faux du tronc, ni, avec le membre supérieur droit, de port de charges de plus de 5 kg, d'activité au-dessus du plan des épaules, d'activité de poussée ou en traction de force, et de mouvements répétitifs. Fait exception la période allant du 16 juin au 15 octobre 2020, durant laquelle l'incapacité serait à nouveau totale dans toute activité en raison de l'arthroscopie de l'épaule droite, suivie de quatre mois de

convalescence (prise de position du 10 janvier 2023 [OAIE pce 128]). Outre qu'on ne voit pas comment le Dr K._____ a pu parvenir à de tels constats et appréciation sur la base de la documentation précitée, on peut noter, concernant la période d'incapacité totale entre le 16 juin et le 15 octobre 2020, que l'arthroscopie de l'épaule droite a été réalisée en septembre 2020, et non pas en juin 2020 (voir lettre liaison du 17 septembre 2020 [OAIE pce 63]).

On ne saurait dès lors se fonder sur la position du Dr K._____ pour déterminer le droit de la recourante à des prestations AI.

11.

11.1 Il en a été de même du Dr L._____ qui, avant sa prise de position du 16 mars 2023 (OAIE pce 138 ; voir *supra* consid. 9), avait dans un premier avis du 12 janvier 2023 (OAIE pce 129) également considéré que les renseignements médicaux sur le plan psychiatrique n'étaient pas suffisants pour statuer.

11.2 Se trouvaient alors au dossier, sur ce plan-là, quatre courtes attestations ou certificats de suivi de H._____, psychologue, des 5 novembre 2019 et 17 février 2022, et du Dr I._____, psychiatre, des 4 février et 4 novembre 2022, ainsi que le protocole de soins du 10 novembre 2022 (OAIE pces 55, 80, 82, 115, 116 p. 1). H._____ y confirme que l'intéressée bénéficie d'un suivi psychologique au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du GHR de Y. et X. depuis le 11 avril 2019, tandis que le Dr I._____ y atteste suivre la recourante dans le cadre de ses consultations depuis le 25 juin 2020, pour une dépression compliquée d'un stress post-traumatique, conséquence de son accident de la voie publique, ce suivi consistant en entretiens réguliers et en un traitement psychotrope. Aucune anamnèse, ni aucune limitation fonctionnelle n'y sont décrites, et la question des répercussions de ces atteintes psychiques sur la capacité de travail n'est pas abordée. Quant au protocole de soins, dont ne fait d'ailleurs pas état le Dr L._____, il n'indique qu'une « dépression grave sans symptômes psychotiques ».

11.3 Au vu des éléments qui précèdent, c'est à juste titre que le Dr L._____, dans son premier avis du 12 janvier 2023 (OAIE pce 129), a qualifié les documents à sa disposition de « non descriptifs et succincts », jugeant que « le document spécialisé psychiatrique n'est pas détaillé » et qu'« aucun status clinique n'est précisé, [qui permettrait] de définir des limitations fonctionnelles psychiatriques, des incapacités éventuelles de

travail, et de pouvoir évaluer les indicateurs standards jurisprudentiels ». Il a donc sollicité un rapport psychiatrique complet, avec anamnèse, situation relationnelle et sociale, status psychiatrique actuel, diagnostic selon CIM-10, thérapie actuelle et incapacité de travail en pourcent, avec dates de début et de fin.

11.4 Lui a alors été soumis un nouveau rapport du Dr I. _____, du 9 février 2023 (OAIE pce 132). Or, celui-ci s'avère à peine plus long que les précédents et en reprend le contenu, avec quelques précisions cependant, indiquant que l'intéressée présentait une dépression d'intensité sévère consécutive aux douleurs chroniques ressenties depuis son accident en mai 2017, que les entretiens avec la patiente sont contributifs et ont permis d'observer également un syndrome de stress post-traumatique, les deux évoluant depuis plus de deux ans, que ces affections psychiatriques nécessitent un traitement psychotrope, des consultations psychiatriques et éventuellement une prise en charge en hôpital de jour, et que le traitement par Mirtazapine, proposée en octobre 2021, a permis de réduire la symptomatologie dépressive. Cela étant, ce rapport ne contient aucune anamnèse, ne dit rien de la situation relationnelle et sociale de l'intéressée, de son comportement, de sa concentration, du contenu de sa pensée, etc., ni, surtout, ne s'exprime sur les répercussions de ces troubles sur le plan des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail.

11.5 Pourtant, sur la base de ce seul document, le Dr L. _____ a estimé, dans sa prise de position du 16 mars 2023, qu'il pouvait désormais se prononcer sur la situation psychologique de la recourante, appréciation qu'il a ensuite confirmée en procédure d'audition, puis en procédure de recours, dans ses prises de position du 1^{er} juin et 19 octobre 2023 (OAIE pce 249 ; TAF pce 9), alors que le seul nouveau document versé au dossier dans ce cadre est une attestation de suivi de H. _____ du 2 février 2020, similaire aux précédents documents de ce type (OAIE pce 197).

11.6 Ainsi, c'est en se fondant sur la documentation décrite ci-avant que le Dr L. _____ a retenu le diagnostic principal, au niveau psychiatrique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré-sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.1-2 ; OAIE pce 138). Il en a par ailleurs conclu que la recourante présentait une incapacité de travail de 100% dans toute activité du 24 mai au 31 juillet 2017, suivie, dès le 1^{er} août 2017, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, essentiellement représentées, de son point de vue, par la gestion des émotions, les environnements stressants et les tâches complexes et répétitives. L'incapacité aurait à nouveau été totale du 16 au

24 juin 2020 et le serait restée dans l'activité habituelle, alors que dans une activité adaptée, cette incapacité s'élèverait à 70% dès le 25 juin 2020, date du début du suivi par le Dr I. _____, puis à 50% dès le 1^{er} octobre 2021, en raison du traitement par Mirtazapine proposé au mois d'octobre 2021, qui, selon le Dr I. _____, a permis de réduire la symptomatologie dépressive. Enfin, le Dr L. _____ a estimé que les indicateurs standards jurisprudentiels pouvaient être évalués.

En effet, s'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un·e expert·e (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Or, la plupart de ces éléments ne sont pas évoqués dans les rapports succincts du psychiatre

traitant, obligeant le Dr L. _____ à surinterpréter : ainsi, par exemple, à propos du contexte social et du poids des souffrances, dont le Dr I. _____ ne parle pas, le psychiatre de l'AI indique que « le versant social n'est pas attesté dysfonctionnel » et que « le poids des souffrances affecte aussi bien la vie personnelle que professionnelle, et est homogène dans les différents domaines de la vie psychique ».

11.7 Par ailleurs, alors que deux rhumatologues ont noté un contexte de douleurs chroniques type fibromyalgie ou de syndrome douloureux diffus (OAIE pce 53 p. 2 ; pce 73 p. 6 et 7 ; pce 83), et que le Dr D. _____, qui a suivi l'intéressée pendant de nombreuses années, fait état d'un syndrome douloureux avec des caractéristiques de douleurs nociplastiques et, à plusieurs reprises, d'un traumatisme de type whiplash au moment de l'accident de la circulation (OAIE pces 41, 45, 50, 61, 79), le Dr L. _____ non seulement ne discute pas ces diagnostics – que le Dr K. _____ ignore également –, mais répond de plus, et sans explication, par la négative (coche la case « non ») à la question de savoir si l'on est en présence d'un syndrome sans étiologie claire et sans constat de déficit organique, tel que les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie, les distorsions de la colonne cervicale (coup du lapin), etc. (OAIE pce 138 haut de la p. 2).

L'autorité inférieure n'a d'ailleurs pas investigué plus avant. Or, selon la jurisprudence, la mesure d'instruction adéquate s'agissant de fibromyalgie est la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire, tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et des aspects psychiques ; le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, et l'expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et, tout comme pour les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (voir *supra* consid. 11.6 ; arrêt du TAF C-4516/2020 du 12 septembre 2023 consid. 11.1).

12.

Ainsi, au vu des éléments au dossier, le Tribunal ne voit pas comment les Drs K. _____ et L. _____ sont parvenus aux conclusions qui sont les leurs, en particulier s'agissant de la capacité de travail dans une activité

adaptée, tant les rapports médicaux versés en cause sont incomplets : ils ne décrivent pas, ou peu, les limitations fonctionnelles que subirait la recourante, en particulier au niveau psychiatrique, et, s'ils émettent des doutes sur la capacité de cette dernière à reprendre son activité de femme de ménage, ils ne se prononcent pas sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, si ce n'est durant la période post-arthroscopie de l'épaule droite en septembre 2020, à la suite de laquelle les médecins ont prévu une incapacité de travail de trois mois, jusqu'au 13 décembre 2020 (OAIE pce 63). Force est dès lors de constater que les pièces au dossier ne sont pas de qualité suffisante pour apprécier, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé somatique et psychiatrique de l'intéressée, les limitations fonctionnelles qui seraient les siennes et sa capacité résiduelle de travail. Les prises de position des médecins AI, qui se fondent sur ces pièces et qui ont servi de base aux décisions litigieuses, ne peuvent donc pas constituer une évaluation finale. Il y a lieu d'annuler les décisions entreprises et de procéder à une instruction complémentaire (voir *supra* consid. 8.4).

13.

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

13.2 L'instruction à venir concernera l'état de santé de l'intéressée dans son ensemble. Elle consistera à interroger, dans la mesure du possible, les médecins traitants de la recourante dans les différentes disciplines médicales concernées, afin d'obtenir des informations précises et récentes sur l'état de santé de la patiente et ses limitations fonctionnelles, ainsi qu'une évaluation de sa capacité de travail, en particulier dans une activité

adaptée. Une expertise médicale pluridisciplinaire sera également mise en œuvre dans les disciplines de la psychiatrie, de la rhumatologie, de l'orthopédie et de la neurologie, 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 (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVE 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 (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) –, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72^{bis} RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.).

Cela fait, l'OAIE devra ensuite procéder, le cas échéant, à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante.

14.

En conséquence, le recours doit être admis et les décisions du 3 juillet 2023 annulées. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

15.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante (TAF pce 6) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Par ailleurs, il n'est pas alloué de dépens, la recourante n'étant pas représentée et n'ayant pas fait valoir que des frais indispensables et relativement élevés lui ont été occasionnés, l'autorité inférieure n'ayant

par ailleurs pas droit (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que les décisions du 3 juillet 2023 sont annulées 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 CHF 800.- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral, 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'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

Isabelle Pittet

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 :