



Arrêt du 4 juillet 2024

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Philipp Egli, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A. _____, (France)
représentée par Maître Eric Beaumont et Maître Cécile
Bocco,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à une rente temporaire
(décisions du 3 octobre 2022).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : la recourante, l'assurée ou l'intéressée), de nationalité française et domiciliée en France, née le (...) 1977, est célibataire et sans enfant. Titulaire d'un diplôme d'assistante de service social, l'intéressée a travaillé, à plein temps, en Suisse dès novembre 2006 en tant qu'assistante sociale auprès de B. _____ (OAI-C. _____ pces 1 et 6). Ainsi, elle a cotisé à l'assurance-invalidité et à l'assurance-vieillesse et survivants suisses (AI/AVS) pendant plus de dix ans au moins (cf. extrait du compte individuel du 12 septembre 2018 [OAI-C. _____ pce 11]).

A.b A la suite de la procédure de détection précoce annoncée par l'employeur de l'assurée le 15 janvier 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du C. _____ (ci-après : OAI-C. _____), l'intéressée a été invitée à déposer une demande de prestations AI par cet office AI (OAI-C. _____ pces 1, 2 et 4). L'assurée a déposé ladite demande le 30 août 2018 en indiquant être en incapacité de travail en raison d'un état dépressif (OAI-C. _____ pce 6). Il ressort du dossier que l'assurée a repris son activité habituelle à 100% dès le 17 juillet 2018 (OAI-C. _____ pces 13 et 19). Par décision du 23 janvier 2019, l'OAI-C. _____ a rejeté la demande de l'intéressée dès lors qu'elle avait repris son activité habituelle à temps plein depuis le mois de juillet 2018 (OAI-C. _____ pce 21). Cette décision n'a pas été contestée par l'assurée.

B.

B.a Le 23 avril 2019, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI-C. _____ en indiquant être en incapacité de travail totale depuis le 15 janvier 2019 en raison de troubles anxiodépressifs (OAI-C. _____ pce 27). Son contrat de travail a été résilié avec effet au 29 février 2020 (OAI-C. _____ pce 60 p. 10 et pce 110 p. 1).

B.b Dans le cadre de cette nouvelle demande, le Dr D. _____ (ci-après : Dr D. _____), médecin du service médical régional (ci-après : SMR) et de spécialisation inconnue, a retenu dans son avis médical du 8 juillet 2019 que l'intéressée rendait plausible une aggravation durable de son état de santé, en particulier, elle présentait un nouvel épisode anxiodépressif et avait été victime d'un accident de la circulation routière, ayant causé des fractures en L3 et L1, traitées par cimentoplastie (OAI-C. _____ pce 37).

B.c Cette nouvelle demande est instruite par l'OAI-C._____, qui a requis le dossier de l'assureur-accident. Il ressort en particulier de cette instruction que l'assurée a repris le 25 mars 2019 un suivi psychiatrique auprès du Dr E._____(ci-après : Dr E._____), compétent en psychiatrie et psychothérapie, lequel retient un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, (F33.1), associé à un épuisement, une fatigabilité accrue, une humeur abaissée, une anhédonie, une fragilité émotionnelle avec résistance au stress diminuée, des troubles du sommeil et de l'appétit, une diminution de l'estime de soi, un sentiment de honte et des angoisses massives en lien avec la perspective d'une reprise de l'activité professionnelle. En outre, le Dr E._____ rapporte que le traitement médicamenteux est composé de Cipralex 20 mg par jour et que l'intéressée présente une incapacité de travail totale depuis le 15 janvier 2019 (cf. rapport médical du 13 mai 2019 [OAI-C._____ pce 32]). Il ressort en substance du rapport médical du 17 juillet 2020 du Dr E._____ que le trouble dépressif récurrent, épisode moyen, est en rémission, mais que l'intéressée présente encore une fragilité non négligeable, en particulier au vu de sa très faible résistance au stress, et que sa capacité de travail est nulle dans toute activité (OAI-C._____ pce 70).

Il ressort en particulier du dossier de l'assureur-accident que l'intéressée a été victime, le 14 mai 2019, d'un accident de la circulation routière en France, ayant entraîné une hospitalisation du 14 au 23 mai 2019 en raison de fractures vertébrales en L1 et L3, traitées par cimentoplastie (OAI-C._____ pce 33 pp. 3-10). La documentation médicale relative à cet événement met notamment en avant que l'intéressée a porté un corset lombaire pendant plusieurs mois avant de pouvoir effectuer de la physiothérapie, qu'elle a présenté ultérieurement d'autres atteintes à la santé semblant être en lien avec l'accident du 14 mai 2019, en particulier un glaucome à l'œil droit et un trouble mictionnel complexe sur probable atteinte neurologique (cône médullaire) post-traumatique (OAI-C._____ pce 60 pp. 8-9 et 15-17, 25-28, 62). Selon le rapport médical du 10 mars 2020 du Dr F._____ (ci-après : Dr F._____), médecin-adjoint du service de neuro-rééducation des Hôpitaux G._____(ci-après : G._____), l'intéressée se plaint d'un changement du fonctionnement urinaire, fécal et sexuel, en particulier d'une augmentation de la fréquence mictionnelle et d'une incontinence urinaire de type urgence, depuis l'accident de la circulation routière du 14 mai 2019. Le Dr F._____ indique que l'examen clinique montre une abolition des réflexes Achilléens et une hypoesthésie périnéale, que l'examen urodynamique révèle une hyperactivité détrusorienne et que la débitmétrie est évocatrice d'une dyssnergie vésico-sphinctérienne. Le Dr F._____ ajoute que

l'anamnèse, l'examen clinique et le bilan urodynamique sont tout à fait évocateurs de la présence d'une atteinte neurologique du cône médullaire qui se retrouve en face de la vertèbre L1, où il y a eu un recul du mur postérieur (OAI-C._____ pce 66 pp. 4-6). L'IRM dorsolombaire du 19 mars 2020 conclut qu'il n'existe pas de recul significatif du mur postérieur et de compression de la moelle épinière ou des racines de la queue de cheval, ainsi qu'à l'absence d'anomalie du cordon médullaire sur le segment exploré, de C6 au cône, et qu'il y a de l'antélisthésis de grade I de L5 sur S1, sur lyse isthmique L5 bilatérale, avec sténose foraminale plus marquée à droite (OAI-C._____ pce 66 pp. 7-8). Il ressort du rapport médical du 12 mai 2020 de la Dre H._____ (ci-après : Dre H._____), spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, que les douleurs lombaires ont diminué, l'intéressée poursuivant régulièrement une physiothérapie, et qu'elle est limitée dans ses activités de la vie quotidienne et ne peut pas effectuer d'autres loisirs que la marche, limitée également en raison des douleurs lombaires. Il est également rapporté que l'assurée est suivie auprès du service de neuro-rééducation des G._____ pour le bilan de l'incontinence urinaire et en psychiatrie. La Dre H._____ retient également que sur le plan strictement rhumatologique, l'intéressée pourrait reprendre, d'ici à la fin de l'été, son activité habituelle d'assistante sociale au maximum à 50%, en raison de la persistance de douleurs chroniques (OAI-C._____ pce 63).

B.d En outre, l'assureur-accident a mis en place une expertise bidisciplinaire en orthopédie et ophtalmologie en août 2020 (OAI-C._____ pce 72 pp. 4-27) ainsi qu'une expertise en urologie en novembre 2020 (OAI-C._____ pp. 4-6). Du 14 au 17 février 2022, l'intéressée a séjourné à la Clinique I._____ (ci-après : I._____) en vue de la réalisation d'une expertise interdisciplinaire comprenant un examen en neurologie, en psychiatrie, en ophtalmologie, en urodynamique, en médecine interne et une évaluation du préjudice ménager (OAI-C._____ pce 105).

B.e Invité à se prononcer sur le dossier médical de l'assuré, le Dr J._____ (ci-après : Dr J._____), médecin du SMR et de spécialisation inconnue, a proposé, dans ses avis médicaux du 23 février 2021 (OAI-C._____ pce 80) et du 21 juin 2022 (OAI-C._____ pce 106), de suivre les conclusions des rapports des expertises susmentionnées. Le Dr J._____ retient une incapacité de travail entière dans toute activité professionnelle dès le 15 janvier 2019 et une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2020 ainsi qu'une capacité de travail totale dès le 17

février 2022 avec une baisse de rendement de 10% dans l'activité habituelle en tant qu'assistante sociale (OAI-C. _____ pces 80 et 106).

B.f Par projet de décision du 26 juillet 2022, l'OAI-C. _____ a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps et refuser les mesures professionnelles (OAI-C. _____ pce 112).

B.g Par décisions du 3 octobre 2022, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a confirmé l'octroi à l'assurée d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020 (décision n°1) et d'une demi-rente du 1^{er} janvier 2021 au 31 mai 2022 (décision n°2) et qu'il considérait qu'à partir du 17 février 2022, la capacité de travail de l'intéressée était entière dans toute activité avec une baisse de rendement de 10% (OAI-C. _____ pce 116).

C.

C.a Par acte du 18 octobre 2022 (timbre postal), l'assurée a interjeté recours contre les décisions de l'OAIE du 3 octobre 2022 par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal), en indiquant contester lesdites décisions et prévenant qu'elle ferait parvenir de nouveaux rapports et éléments (TAF pce 1). Par correspondance du 27 octobre 2022, la recourante a complété son recours, concluant en substance à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% (TAF pce 3).

C.b Par décision incidente du 7 novembre 2022, le Tribunal a invité la recourante à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de ladite décision, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 4). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 6).

C.c Par correspondance du 1^{er} février 2023, Me Eric Beaumont a informé le Tribunal de sa constitution avec Me Cécile Bocco pour la défense des intérêts de l'assurée (TAF pce 8).

C.d Par correspondance du 17 février 2023 (timbre postal), l'OAI-C. _____ a fait parvenir au Tribunal de céans le dossier complet de la cause (TAF pces 10 et 11).

C.e Par réponse du 27 février 2023, l'OAIE a transmis au Tribunal la prise de position de l'OAI-C. _____ du 16 février 2023 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées (TAF pce 12). Dans sa prise de position, l'OAI-C. _____ a en substance indiqué que le

rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 mars 2022 de la I._____, remplissant tous les critères jurisprudentiels applicables en la matière, devait se voir reconnaître pleine valeur probante (TAF pce 12).

C.f Par réplique du 24 avril 2023, la recourante a contesté la valeur probante du rapport d'expertise de la I._____ et a produit divers rapports médicaux. Enfin, elle a conclu à l'octroi d'une demi-rente AI en sa faveur (TAF pce 15).

C.g Par duplique du 25 mai 2023, l'OAIE a fait parvenir au Tribunal la position de l'OAI-C._____ du 24 mai 2023 ainsi que l'avis SMR du 23 mai 2023 et a intégralement maintenu ses précédentes conclusions.

C.h Par ordonnance du 1^{er} juin 2023, le Tribunal a transmis la duplique de l'OAIE et ses annexes pour connaissance à la recourante et clos l'échange d'écritures (TAF pce 18).

C.i Par correspondance du 5 juillet 2023 (timbre postal), la recourante a transmis au Tribunal un rapport médical du 3 mai 2023 du Dr F._____ et un certificat médical du 3 juillet 2023 de la Dre K._____ (ci-après : Dre K._____), médecin généraliste (TAF pce 19).

C.j Par ordonnance du 10 juillet 2023, le Tribunal a transmis une copie du courrier de la recourante du 5 juillet 2023 ainsi que de ses annexes à l'autorité inférieure et a rappelé que l'échange d'écritures était en principe clos (TAF pce 20).

C.k Par ordonnance du 12 juin 2024, le Tribunal a invité la recourante à prendre position sur le renvoi envisagé de la cause à l'OAIE pour compléter l'instruction et à communiquer si elle voulait retirer son recours jusqu'au 2 juillet 2024, à défaut de quoi ce dernier serait considéré comme maintenu (éventuelle reformatio in pejus ; TAF pce 21). Par correspondance du 18 juin 2024 (timbre postal), la recourante a confirmé maintenir son recours (TAF pce 22).

D.

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

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGa (RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGa, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGa s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGa.

1.4 En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 50 PA et art. 60 LPGa) et dans les formes requises (art. 60 LPGa et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par les décisions attaquées (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGa) et l'avance sur les frais de procédure présumés ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

L'objet du présent litige porte sur le bien-fondé des décisions du 3 octobre 2022 de l'OAIE. La recourante conteste en particulier la suppression de la demi-rente à partir du 17 février 2022, estimant avoir une capacité de travail de 50%.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont

prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

4.2 Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (RS 831.201) et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (arrêt du TF 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1 ; cf. consid. B.a supra et 6.4 infra concernant la naissance du droit à la rente).

5.

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AI suisse pendant plus de trois ans (cf. OAI-C. _____ pce 11). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi.

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 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. 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 première phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 deuxième phrase LPGA).

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

6.3 Un 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 (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.4 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

6.5 Lorsqu'une décision accorde avec effet rétroactif une rente d'invalidité échelonnée ou limitée, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (art. 17 LPGa et art. 88a RAI ; ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêt du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié dans l'ATF 137 V 369 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n° 9 p. 249 s.). 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 413 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 al. 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. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie. Aux termes de cette dernière disposition,

si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) 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 références).

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

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

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

7.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à ses patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; 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 références ; 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; 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'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

7.4 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).

8.

8.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). A l'inverse, si l'expert psychiatre identifie un phénomène d'exagération des symptômes ou une constellation similaire chez l'intéressé, aucune atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance ne peut être reconnue (motifs d'exclusion ; ATF 141 V 281 consid. 2.2).

8.2 Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ss) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 ss) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (arrêt du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La première 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), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la seconde 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).

8.3 En outre, le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid 4.4 et 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif selon l'ATF 141 V 281 lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi à la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1).

9.

9.1 En l'espèce, par décision du 3 octobre 2022 (décision n°1), l'OAIE a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020, considérant qu'elle présentait une incapacité de travail entière dans toute activité du 15 janvier 2019 au 30 septembre 2020. Par décision du 3 octobre 2022 (décision n°2), l'autorité inférieure a octroyé à l'intéressée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2021 au 31 mai 2022, en retenant une incapacité de travail de 50% du 1^{er} octobre 2020 au 16 février 2022 et une capacité de travail entière dans toute activité, avec une baisse de rendement de 10%, dès le 17 février 2022 (annexe à TAF pce 1).

9.2 Pour rendre les décisions susmentionnées, l'OAIE s'est fondé sur les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'intéressée, le dossier médical de l'assureur-accident et les avis du SMR. Par conséquent, il sied d'examiner la valeur probante de ces rapports médicaux.

9.3 Il convient d'abord de déterminer si la décision n°1 de l'OAIE se révèle bien fondée.

9.3.1 Il ressort des pièces médicales au dossier qu'à partir du 15 janvier 2019, l'intéressée était en incapacité de travail en raison d'un nouvel épisode dépressif (cf. rapport médical du Dr E. _____ du 13 mai 2019 [OAI-C. _____ pce 32]), qu'elle est tombée dans les escaliers le 15 février 2019, souffrant ainsi vraisemblablement d'une entorse bénigne de l'avant-pied gauche et ayant bénéficié des prestations de l'assureur-accident du 15 février au 7 mai 2019 (OAI-C. _____ pce 48 pp. 4-5, 11-14) et qu'elle a été victime d'un accident de la circulation routière le 14 mai 2019, lequel a notamment causé des fractures vertébrales en L1 et L3, traitée par cimentoplastie (OAI-C. _____ pce 33 pp. 3-10). Il ressort des contrôles post-opératoires, en particulier le compte-rendu du scanner du rachis du 22 juillet 2019, que la cimentoplastie en L3 est satisfaisante tandis qu'il persiste en L1 un petit foyer fracturaire antérosupérieur qui devrait bénéficier de l'immobilisation par corset lombaire (OAI-C. _____ pce 60 pp. 62 et 25-26 ; pces 43 et 53). Il ressort du rapport d'entretien du 21 février 2020 qu'à partir du mois de janvier 2020, l'intéressée ne portait qu'occasionnellement le corset (OAI-C. _____ pce 60 pp. 10-14).

9.3.2 En plus de l'atteinte lombaire, l'intéressée se plaint de troubles mictionnels, fécaux et sexuels ainsi que des douleurs à l'œil droit apparus à la suite de l'accident du 14 mai 2019. S'agissant des troubles mictionnels, apparus deux mois après l'accident, l'intéressée se plaignait d'une incontinence par urgenterie avec des besoins impérieux suivis de fuites importantes, une pollakiurie diurne à dix fois par jour et une nycturie à une à deux fois. Les divers bilans urodynamiques ont été réalisés dès janvier 2020, concluant à un trouble mictionnel complexe post-traumatique (OAI-C. _____ pce 60 pp. 15-19 ; pce 66 p. 4-8). En ce qui concerne l'atteinte oculaire, le Dr L. _____ (ci-après : Dr L. _____), spécialiste en ophtalmologie FMH, diagnostique un glaucome à l'œil droit et ne retient ni limitation fonctionnelle ni une incapacité de travail sur le plan ophtalmologique (rapport médical intermédiaire du 18 février 2020 [OAI-C. _____ pce 60 pp. 8-9], courriel électronique du 26 juin 2020 [OAI-

C._____ pce 72 pp. 1-3], rapport médical du 23 juillet 2021 [OAI-C._____ pce 98 pp. 6-7]).

9.3.3 Selon le rapport médical de la Dre H._____ du 12 mai 2020, sur le plan strictement rhumatologique, l'assurée pouvait reprendre son activité habituelle, d'ici à la fin de l'été, au maximum à 50% en raison de la persistance des douleurs chroniques (OAI-C._____ pce 63). Dans son rapport médical du 17 juillet 2020, le Dr E._____ décrit en substance une humeur euthymique, mais fragile, une persistance de la symptomatologie anxieuse et le retour de l'élan vital, avec des épisodes de découragement et d'anhédonie. Le Dr E._____ indique également qu'il est difficile d'évaluer la capacité de travail sur un plan strictement psychiatrique, tout en l'estimant nulle dans toute activité professionnelle (OAI-C._____ pce 70).

9.3.4 Selon le rapport d'expertise bidisciplinaire, en rhumatologie et ophtalmologie, du 28 août 2020, le Dr M._____ (ci-après : Dr M._____), spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et expert SIM, retient sur le plan de l'assurance-accident que l'état de santé de l'assurée paraît avoir suffisamment évolué favorablement pour une reprise progressive à 50% à partir du mois de septembre ou d'octobre 2020 (OAI-C._____ pce 72 pp. 4-21). Les limitations fonctionnelles sont de ne pas porter de charges supérieures à 5-10 kg de manière répétitive, de ne pas effectuer de flexion antérieure répétitive du tronc et la nécessité de pouvoir changer régulièrement de position (OAI-C._____ pce 72 p. 22). Concernant le volet ophtalmologique, le Dr N._____ (ci-après : Dr N._____), FMH en ophtalmologie, retient une légère amétropie bilatérale, une presbyopie débutante et un glaucome débutant à l'angle étroit, éventuellement partiellement fermé et un angle irido-cornéen étroit à l'œil gauche (OAI-C._____ pce 72 p. 25). L'expert ophtalmologue nie le lien de causalité entre l'accident et les troubles oculaires et ne retient pas d'incapacité de travail, ni de limitation fonctionnelle (OAI-C._____ pce 72 p. 27).

L'expertise prévue sur le plan urologique n'a pas eu lieu dans la mesure où le Dr O._____ (ci-après : Dr O._____), spécialiste urologue FMH, a estimé après avoir pris connaissance des rapports médicaux établis en particulier par le Dr F._____ et avoir vu l'intéressée en consultation le 17 novembre 2020 qu'il ne voyait aucune indication à réitérer des examens qui n'apporteront pas d'élément supplémentaire. En outre, le Dr O._____ a souligné que les bilans urodynamiques réalisés par le Dr F._____ étaient très complets et extrêmement bien menés, aboutissant

à la conclusion d'une vessie neurologique de type normo-sensible, normo-compliante avec hyperactivité et dyssynergie vésico-sphinctérienne liée très probablement à l'accident médullaire et vertébral occasionné à la suite du traumatisme lors de l'accident de la route. En outre, depuis l'introduction du traitement médicamenteux anticholinergique, l'intéressée a constaté une très nette amélioration des urgences mictionnelles ainsi que sur la vidange de la vessie hyperactive et ne porte plus de protection pour son incontinence. Le Dr O._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante (OAI-C._____ pce 78 pp. 4-6).

9.3.5 Dès le 1^{er} octobre 2020, la Dre K._____ a établi des certificats médicaux pour un arrêt de travail de 50% (OAI-C._____ pce 78 pp. 7-10). Etant précisé que ces certificats d'arrêt de travail ne contiennent aucune explication d'ordre médical. Il ressort de son rapport médical intermédiaire du 25 avril 2021 que la recourante présente une capacité de travail de 50% et que les troubles mictionnels et oculaires ainsi que les douleurs sont toujours présents. En outre, la Dre K._____ mentionne que l'intéressée ne peut pas marcher plus de 50 mètres et ne peut pas rester assise plus de 20 minutes (OAI-C._____ pce 84 pp. 2-4 ; cf. également le rapport médical du 8 février 2021 [OAI-C._____ pce 87 pp. 26-28]).

9.3.6 Selon le rapport d'entretien téléphonique du 15 février 2021 de l'assureur-accident, la recourante s'est annoncée auprès de W._____ le 1^{er} octobre 2020 et s'est inscrite à un stage de management à 50%. En outre, elle estime que le taux de 50% de capacité de travail sera un maximum (OAI-C._____ pce 87 pp. 23-25).

9.3.7 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que la recourante était en incapacité totale de travail dès le 15 janvier 2019 en raison d'un épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen, auquel se sont ajoutées les atteintes à la santé relatives à l'accident de la circulation du 14 mai 2019. Selon l'avis médical du 23 février 2021 du Dr J._____, la capacité de travail de l'intéressée est de 50% dès le 1^{er} octobre 2020 (OAI-C._____ pce 80). A cet égard, le Dr J._____ se réfère au rapport médical du 18 février 2020 du Dr L._____ (OAI-C._____ pce 60 pp. 8-9), à celui du 17 juillet 2020 du Dr E._____ (OAI-C._____ pce 70), à l'expertise bidisciplinaire du 28 août 2020 des Drs M._____ et N._____ (OAI-C._____ pce 72 pp. 4-27), au rapport médical du 18 novembre 2020 du Dr O._____ (OAI-C._____ pce 78 pp. 5-6) ainsi qu'au certificat d'arrêt de travail, sans constatation médicale, du 12 octobre 2020 de la Dre K._____ (OAI-C._____ pce 78 p. 8). Toutefois, le Dr

J._____ n'effectue aucune comparaison de l'état de santé de la recourante si bien qu'il n'est pas aisé de comprendre en quoi consiste l'amélioration de l'état de santé retenue. Il est vrai que le médecin généraliste de la recourante retient une capacité de travail de 50% à partir du 1^{er} octobre 2020, soit la date à partir de laquelle, l'assureur-accident réduit les indemnités journalières de 100% à 50% (OAI-C._____ pce 78 p.9), et que l'intéressée s'est inscrite au W._____ à ce taux et à partir de cette même date. Sur le plan ophtalmologique, tant le Dr L._____ que le Dr N._____ ne retiennent aucune limitation fonctionnelle, ni d'incapacité de travail (OAI-C._____ pce 60 pp. 8-9 et pce 72 pp. 25-26). Sur le plan vésico-sphinctérien, il ressort en substance du rapport médical du 18 novembre 2020 du Dr O._____ qu'il existe une très nette amélioration des urgences mictionnelles ainsi qu'une vidange de la vessie hyperactive depuis l'introduction du traitement médicamenteux composé de Vesicare 5 mg (OAI-C._____ pce 78 p. 5-6). Toutefois, le Dr O._____ n'exprime pas cette amélioration en termes de capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, selon le rapport médical du 17 juillet 2020, le Dr E._____ retient un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, en rémission et fait état d'une évolution globalement positive mais il indique également que la recourante présente encore une fragilité non négligeable et une résistance au stress diminuée. Le Dr E._____ estime la capacité de travail nulle dans toute activité (OAI-C._____ pce 70). Ainsi, le Tribunal constate que l'amélioration de la capacité de travail de 50% retenue par le SMR à partir du 1^{er} octobre 2020 ne tient pas compte des troubles vésico-sphinctériens et dépressif. Ainsi, l'OAI-C._____ s'aligne sur l'appréciation médicale retenue par l'assureur-accident le 14 septembre 2020 (OAI-C._____ pce 78 p. 9) sans toutefois se déterminer sur l'ensemble de la situation médicale de la recourante, en particulier sur le plan psychiatrique. Aussi, le Dr J._____ ne tient pas compte de l'aspect psychiatrique lorsqu'il retient une amélioration de l'état de santé de 50% (rapport SMR du 23 février 2021 [OAI-C._____ pce 80]). Par ailleurs, le Dr J._____ ne se prononce pas davantage sur cette amélioration de l'état de santé de 50% dans son avis SMR final du 21 juin 2022 (OAI-C._____ pce 106). Partant, l'état psychiatrique de l'intéressée est ignoré par le Dr J._____ lorsqu'il note une amélioration de l'état de santé de 50% dès le 1^{er} octobre 2020 dans la mesure où il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante sur ce plan.

9.3.8 Il ressort du rapport médical du 2 mars 2021 de la Dre H._____ que sur le plan rhumatologique, il persiste des douleurs chroniques du rachis lombaire et que la capacité de travail de l'intéressée reste limitée à 50% dans son activité habituelle en tant qu'assistante sociale, laquelle est

adaptée à l'état de santé de l'assurée et permet une position de travail variée, sans déplacement prolongée ou répété, ni porte de charges. En outre, la rhumatologue estime qu'une activité lucrative à 100% prévue en avril n'est pas envisageable au vu de l'évolution actuelle et qu'une nouvelle expertise est nécessaire (OAI-C._____ pce 87 p. 11).

Sur le plan psychiatrique, le Dr E._____ retient une capacité de travail de l'intéressée de 50% dans son rapport médical du 28 avril 2021. En outre, il relève que l'humeur est normale, demeurant encore fragile avec une réactivité en cas d'événements adverses et stressants, que l'élan vital est présent et que l'énergie est globalement bonne avec néanmoins des périodes de fatigue pouvant persister quelques jours. Enfin, le psychiatre indique que depuis le mois de juillet 2020, l'état de santé de la recourante a poursuivi une évolution positive et qu'il n'y a pas de changement de diagnostic ni de traitement médicamenteux, lequel est toujours constitué de Cipralex 20 mg (OAI-C._____ pce 85).

Selon l'examen urodynamique avec cystographie mictionnelle du 11 mai 2021, le Dr F._____ rapporte en substance que l'intéressée constate une amélioration partielle des symptômes d'hyperactivité vésicale ainsi que des troubles fécaux, et qu'elle estimait la fréquence mictionnelle entre 7 et 8 fois par jour (OAI-C._____ pce 98 pp. 9-12). Il ressort du rapport médical du 24 juin 2021 que le Dr F._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assurée. Toutefois, il indique qu'en présence de troubles urinaires comme ceux présentés par l'intéressée, le poste de travail doit être adapté avec en particulier des toilettes à proximité, accessibles durant les heures de travail, et d'éviter de longs déplacements à l'extérieur (OAI-C._____ pce 98 p. 8).

9.3.9 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal ne peut pas déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante si l'état de santé de la recourante s'est amélioré de 50% dès le 1^{er} octobre 2020. En effet, l'appréciation médicale du SMR est lacunaire, en particulier s'agissant de l'évolution de l'aspect psychiatrique, et aucune comparaison de l'état de santé n'est effectuée par le Dr J._____ tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants de l'intéressée, le Tribunal constate que ceux-ci ne sont pas motivés de manière objective et reposent considérablement sur les plaintes subjectives de l'intéressée, laquelle estime avoir une capacité de travail de 50%. Partant, la décision n°1 du 3 octobre 2022 de l'OAIE doit être annulée dans la mesure où l'amélioration de l'état de santé de la recourante retenue

ne repose pas sur des constatations médicales objectives, circonstanciées et motivées.

9.4 L'assureur-accident a mis en place une expertise pluridisciplinaire auprès de la I._____, se déroulant du 14 au 17 février 2022, comprenant une évaluation en neurologie, en psychiatrie, en ophtalmologie, en urodynamique et en médecine interne ainsi qu'une évaluation du préjudice ménager afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise du mois d'août 2020 (OAI-C._____ pce 105). Il sied de relever que l'OAIE se fonde sur le rapport de cette expertise afin de retenir une amélioration de l'état de santé de l'intéressée à partir du 17 février 2022, justifiant la suppression de la demi-rente à partir du 31 mai 2022.

9.4.1

9.4.1.1 Sur le plan psychiatrique, la Dre P._____ (ci-après : Dre P._____), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, n'a posé aucun diagnostic psychiatrique. L'experte rapporte que les plaintes spontanées de l'assurée concernent principalement les douleurs au niveau du dos ainsi qu'une fatigue, reliée selon ses dires à un sommeil non réparateur et entrecoupé par des réveils en lien avec la douleur. Malgré plusieurs réveils à cause de la douleur, la recourante déclare pouvoir se rendormir aisément. Du point de vue psychiatrique, l'intéressée décrit son humeur comme parfois variable et globalement plutôt correcte et rapporte toutefois une certaine labilité émotionnelle, pouvant pleurer devant des films à la télévision et une inquiétude importante par rapport à l'avenir en lien avec les démarches asséculologiques actuelles. En outre, l'intéressée déclare avoir renoncé à des activités comme la moto ou le roller à cause des douleurs mais elle passe du temps avec ses amis, lesquels lui proposent des activités adaptées en fonction de ses difficultés. L'assurée déclare également que le traitement médicamenteux, Cipralex 20 mg, a permis une certaine stabilité de l'humeur (OAI-C._____ pce 105 pp. 26-27).

S'agissant du contexte social et des ressources personnelles, la Dre P._____ décrit au moyen de l'anamnèse familiale, personnelle et psychosociale de la recourante que cette dernière a travaillé à plein temps en tant qu'assistante sociale à (...) pendant 13 ans et qu'actuellement, elle effectue des recherches d'emploi à un taux d'activité de 50%. Sur le plan relationnel, l'intéressée vit en concubinage depuis cinq ans et décrit son couple comme étant solide. Elle indique également que son compagnon

l'aide pour le « gros ménage » et les courses lourdes tandis qu'elle s'occupe des autres tâches ménagères à son rythme. En outre, l'intéressée décrit une excellente entente entre ses parents, ses beaux-parents et elle-même. Quant à la journée type de la recourante, elle déclare se réveiller vers 7h30 ou 8h30, boire son café, regarder les informations et faire de l'exercice pour son dos, soit du vélo d'appartement durant 20 à 30 minutes et des étirements. Elle peut également faire un peu de frappe informatique pour une amie dictant des rapports au dictaphone et elle apprécie faire de la lecture ou du dessin. L'après-midi, l'intéressée promène son chien et à son retour, s'occupe de la maison en effectuant du rangement ainsi que du ménage à son rythme (OAI-C._____ pce 105 pp. 25-28).

9.4.1.2 A l'issue de l'examen, la Dre P._____ indique notamment que d'un point de vue cognitif, la vigilance, l'orientation aux 3 modes, l'attention et la mémoire sont conservées et qu'elle ne relève pas de fatigabilité ni de ralentissement psychomoteur. Sur le plan de l'humeur, l'assurée est euthymique, il n'y a pas de tristesse, d'anhédonie et de perte de l'élan vital. L'experte relève que la recourante garde du plaisir à de nombreuses activités comme la lecture, la marche ou des rencontres avec ses amis. S'agissant de l'anxiété, la Dre P._____ rapporte que l'assurée peut décrire les circonstances de l'accident sans présenter de réaction neurovégétative, qu'elle n'a jamais présenté de cauchemars ni de flash et qu'elle a pu reprendre la conduite et se confronter avec le lieu de l'accident. En outre, elle indique que dans les éléments du registre post-traumatiques, l'on retrouve uniquement des réactions de sursaut à certains sons et une appréhension à conduire sur l'autoroute par mauvais temps, que l'intéressée peut surmonter. S'agissant de la personnalité de la recourante, la Dre P._____ rapporte qu'elle est d'un abord souriant, participe volontiers à l'évaluation et a un discours cohérent, fluide et informatif. En outre, l'experte relève qu'il n'existe pas de signe orientant vers un quelconque trouble de la personnalité chez l'intéressée, qui se montre parfaitement authentique et ne donne à aucun moment l'impression d'amplifier les troubles sur le plan psychiatrique. En conclusion, la Dre P._____ ne retient aucun diagnostic psychiatrique ni de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et rapporte que la prise en charge psychiatrique, débutée en 2017 sans lien avec l'accident, semble adaptée tant en quantité qu'en qualité, cette prise en charge pouvant permettre à l'intéressée de l'accompagner dans la gestion de la douleur et des limitations (OAI-C._____ pce 105 pp. 28-29).

9.4.1.3 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la Dre P._____ ne mentionne aucun des rapports établis par le Dr

E. _____ ni le diagnostic retenu par ce dernier. Aussi, la partie consacrée au résumé des divers rapports médicaux au dossier mis à disposition des experts ne contient aucun des rapports médicaux établis par le Dr E. _____ (cf. OAI-C. _____ pce 105 pp. 3-7). Ainsi, la Dre P. _____ ne se prononce pas, ni n'examine le trouble dépressif récurrent, épisode moyen, en rémission retenu par le psychiatre traitant de l'intéressée. L'experte, mandatée par l'assureur-accident, examine particulièrement s'il existe ou pas un syndrome de stress post-traumatique relatif à l'accident de la circulation routière, sans évoquer le trouble dépressif, en rémission, dont souffre l'assurée. Par conséquent, l'évaluation psychiatrique effectuée par la Dre P. _____ ne se fonde pas sur une étude circonstanciée ni sur des examens complets mais elle est ciblée sur des points litigieux relatifs au droit de l'assurance-accidents, en particulier l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 14 mai 2019 et les éventuels troubles psychiques. Dans la mesure où le trouble dépressif dont souffre l'intéressée existait avant l'accident, aucun examen relatif à ce trouble n'a été effectué par la Dre P. _____. En conséquence, l'expertise psychiatrique n'est pas complète dès lors qu'il n'y a aucune appréciation de l'évolution du trouble dépressif récurrent, en rémission, retenu par le psychiatre traitant de l'assurée et que la Dre P. _____ a examiné uniquement l'impact psychique de l'accident.

Partant, le volet psychiatrique de l'expertise du 25 mars 2022 ne peut se voir accorder de valeur probante dès lors qu'il ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles.

9.4.2 Sur le plan somatique, l'examen en médecine générale a été réalisé par la Dre Q. _____ (ci-après : Dre Q. _____), spécialiste en médecine interne générale et membre FMH (OAI-C. _____ pp. 11-13), l'examen neurologique par le Dr R. _____ (ci-après : Dr R. _____), spécialiste en neurologie et membre FMH (OAI-C. _____ pce 105 p. 19-24), l'expertise ophtalmologique par le Dr S. _____ (ci-après : Dr S. _____), ophtalmologiste FMH (OAI-C. _____ pce 105 pp. 38-71) et la Dre T. _____ (ci-après : Dre T. _____), spécialiste en médecine physique et réadaptation et membre FMH, a effectué le bilan urodynamique (OAI-C. _____ pce 105 pp. 72-86). En outre, l'appréciation du préjudice ménager a été effectué par U. _____ (ci-après ; ergothérapeute), chef du service d'ergothérapie (OAI-C. _____ pce 105 pp. 30-37).

Tout d'abord, il sied de relever que l'appréciation consensuelle correspond en substance à un résumé des différents domaines médicaux de l'expertise sans que la situation médicale dans son ensemble soit discutée entre les

experts, ceux-ci semblant uniquement discuter quant au lien de causalité entre le problème ophtalmologique et vésico-sphinctérien et l'accident (OAI-C. _____ pce 105 p. 16). Cela est particulièrement flagrant s'agissant de l'appréciation de la lésion du cône médullaire. Ainsi, on constate que le Dr R. _____ effectue l'évaluation neurologique sans tenir compte des troubles vésico-sphinctériens dans son évaluation et renvoie à ce sujet au bilan urodynamique réalisé par la Dre T. _____. S'il est tout à fait normal que ce bilan soit effectué par un spécialiste, il n'est cependant pas compréhensible qu'une discussion consensuelle n'ait pas eu lieu entre le neurologue et la spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ainsi, sur la base de l'IRM à disposition, le Dr R. _____ exclut tout signe de compression médullaire tandis que le bilan urodynamique est déclaré comme étant hautement suggestif d'une atteinte neurogène de type central sur probable lésion du cône médullaire par distraction (étirement axial) dans le cadre des fractures de L1 et L3, ce malgré la normalité de l'IRM, cette dernière ne permettant pas d'explorer précisément cette région (OAI-C. _____ pce 105 pp. 13-16, 19 et 75). Par conséquent, une discussion entre les Drs R. _____ et T. _____ quant au problème vésico-sphinctérien aurait dû avoir lieu et le Dr R. _____ aurait dû relativiser ses affirmations concernant l'absence de tout signe de compression médullaire dès lors qu'il se réfère essentiellement aux résultats de l'IRM.

Ensuite, il sied également de constater que les Drs Q. _____ et R. _____ limitent essentiellement leur examen clinique aux troubles d'équilibre allégués par l'assurée et concluent à ce sujet que les données de l'examen clinique sont discordantes entre les mouvements spontanés et les mouvements sous observation, avec un caractère fluctuant des anomalies, dont certaines d'entre elles prennent un aspect clairement caricatural et non explicable par un déficit neurologique (OAI-C. _____ pce 105 pp. 11, 14 et 20-21).

Par ailleurs, les experts concluent que la situation médicale de l'assurée est stabilisée et retiennent les limitations fonctionnelles de status après fracture vertébrale L1 à L3 avec un status post-cimentoplastie et des douleurs résiduelles justifiant l'éviction de port de charges au-delà de légère et de manière répétitive (supérieur ou égal à 5 kg), des activités en porte-à-faux avec torsion répétées du tronc, activités exposées aux vibrations répétées, possibilité de changement de position assis, debout et piétinement chaque heure. En outre, les troubles vésico-sphinctériens nécessitent l'accessibilité des toilettes à proximité durant le temps de travail et qu'il n'y a pas de limitation pour des raisons neurologiques, psychiatriques ou ophtalmologiques à admettre. Ils indiquent que l'activité

habituelle d'assistante sociale reste exigible et admettent une baisse de rendement de 10% pour que l'assurée puisse changer de position et se rendre aux toilettes (OAI-C. _____ pce 105 pp. 15-16).

Le Tribunal constate que l'état stabilisé retenu ne tient pas compte des conclusions de la Dre T. _____ concernant les troubles vésico-sphinctériens. En effet, la Dre T. _____ constate une péjoration malgré la bithérapie (Betmiga 50 mg par jour et Vesicare 5 mg par jour) dont bénéficie l'assurée dans la mesure où le bilan urodynamique du jour présente des hautes pressions détrusoriennes pré-mictionnelles de 104,7 cmH₂O alors que l'examen précédant du 11 mai 2021, effectué par le Dr F. _____, indiquait un résultat de 90 cmH₂O, ceci pouvant ainsi mettre en danger à terme le haut appareil urinaire. Elle invite le médecin traitant de l'intéressée à changer éventuellement le traitement médicamenteux et recommande un suivi au long cours. Enfin, la Dre T. _____ note une évolution subjective partiellement favorable sous la thérapie actuelle et relève qu'il faut s'attendre à des séquelles de type pollakiurie, impériosité mictionnelle et incontinence urinaire (OAI-C. _____ pce 105 p. 75).

Compte tenu de ce qui précède, il existe assez d'éléments afin de constater que l'expertise pluridisciplinaire de la I. _____ du 25 mars 2022 ne se fonde pas sur une étude circonstanciée et que l'appréciation de la situation médicale n'est pas dûment motivée sans qu'il soit nécessaire d'examiner les autres volets de cette expertise.

9.4.3 S'agissant de l'avis SMR du 21 juin 2022 du Dr J. _____, ce dernier propose de suivre les conclusions des experts de la I. _____ sans explication complémentaire, ni comparaison de l'état de santé entre deux situations données (OAI-C. _____ pce 106).

9.4.4 Dans le cadre de son recours devant le Tribunal de céans, l'intéressée a principalement contesté l'amélioration de la santé retenue par l'OAIE et conclu à l'octroi d'une demi-rente (TAF pces 1 et 3). A l'appui de son recours, elle a produit des rapports médicaux établis par les Drs H. _____, K. _____, F. _____ et E. _____ (TAF pces 15 et 19). En outre, les témoignages des collègues de travail de l'intéressée n'ont pas de valeur probante sur le plan médical et ne seront donc pas pris en compte.

9.4.4.1 Les rapports médicaux du 7 novembre 2022 et du 19 janvier 2023 de la Dre H. _____ font état d'une situation médicale stationnaire, sans aucune amélioration au cours des 12 derniers mois et la rhumatologue

retient une capacité de travail de 50%. Toutefois, la Dre H._____ se base essentiellement sur les plaintes subjectives de l'intéressée et ne motive pas objectivement ses constatations médicales (annexe à TAF pce 15).

9.4.4.2 S'agissant des certificats médicaux des 31 janvier, 13 février et 3 juillet 2023 de la Dre K._____, il sied de constater que la Dre K._____ rapporte en substance les diagnostics et les limitations fonctionnelles ressortant déjà du dossier médical de l'assurée et la stagnation des progrès de l'état de santé. La Dre K._____ estime qu'une augmentation du taux de travail n'est pas envisageable sans toutefois motiver sa position médicale à l'appui d'éléments médicaux objectifs (annexe à TAF pces 15 et 19).

9.4.4.3 En ce qui concerne le rapport médical du 15 février 2023 du Dr F._____, il est question en substance du maintien du traitement médicamenteux existant (annexe à TAF pce 15). En outre, selon le rapport d'examen urodynamique du 3 mai 2023, le Dr F._____ constate en comparaison au bilan urodynamique précédent une augmentation de la pression détrusorienne pré-mictionnelle, ce qui est un facteur de risque de complications de type infectieux et rénal et que ce fonctionnement explique le syndrome d'hyperactivité vésicale dont l'intéressée souffre. Sur le plan thérapeutique, le Dr F._____ suggère une augmentation de la dose de Vesicare à 10 mg, en poursuivant le Betmiga 50 mg et conseille à l'assurée de consulter son ophtalmologue pour contrôler la pression oculaire après l'augmentation de la dose de Vesicare. En cas d'absence d'efficacité suffisante de ces mesures, le Dr F._____ envisage un autre traitement par des injections de toxine botulique au niveau détrusor. Enfin, le Dr F._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'intéressée (annexe à TAF pce 19).

9.4.4.4 S'agissant du rapport médical du 9 février 2023 du Dr E._____, ce dernier indique que depuis la reprise de l'activité habituelle en septembre 2022 à un taux d'environ 40%, il y a une recrudescence des symptômes anxiodépressifs. Il relève que le tableau clinique psychiatrique associe une humeur fragile et fluctuante, une fatigue psychique, une résistance au stress diminuée, un sentiment d'usure accompagné d'une baisse de l'estime de soi, des somatisations anxieuses (eczéma) et une fatigabilité accrue avec des répercussions sur la vie conjugale et sociale, l'intéressée les mettant entre parenthèses faute d'énergie suffisante à leur accorder. Le Dr E._____ rapporte également que la confrontation aux contraintes professionnelles dans un emploi adapté aux compétences et capacités de l'intéressée a mis en lumière l'étendue des limitations

fonctionnelles, à savoir la fatigabilité importante, la résistance au stress diminuée, la fragilité thymique et des manifestations psychosomatiques. En conclusion, le Dr E. _____ retient le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et une capacité de travail de 50% (annexe à TAF pce 15). A cet égard, le Tribunal constate que sur le plan psychiatrique, le Dr E. _____ décrit un tableau clinique semblant suggérer une péjoration du trouble dépressif dès lors qu'il a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et non pas en rémission en comparaison à son dernier rapport médical du 28 avril 2021 (cf. OAI-C. _____ pce 85 et consid. 9.2.6, troisième paragraphe). Toutefois, malgré ce changement de diagnostic, le Dr E. _____ retient une capacité de travail de 50% et n'a pas adapté le traitement médicamenteux, composé de Cipralex 20 mg par jour, mis en place depuis l'accident de la circulation routière. Partant, le Tribunal constate qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état psychique de l'intéressée s'est péjoré depuis la reprise de son activité lucrative en septembre 2022.

9.4.4.5 En conséquence, il convient de constater que les rapports médicaux des médecins traitants de la recourante ne peuvent pas se voir accorder de valeur probante dès lors que la capacité de travail de 50% retenue par les médecins susmentionnés n'est pas expliquée de manière objective et repose essentiellement sur les plaintes subjectives de la recourante.

9.4.5 S'agissant de l'avis du SMR du 23 mai 2023 établi par la Dre V. _____ (ci-après : Dre V. _____), médecin de compétence inconnue, il sied de constater que la Dre V. _____ retient en substance qu'en l'absence d'élément médical objectif nouveau, l'intéressée présente avec la reprise de son activité professionnelle habituelle une augmentation subjective des douleurs lombaires et que sur le plan psychiatrique, une récurrence ou une aggravation du trouble dépressif alors en rémission n'est pas retenue (TAF pce 17).

9.5 Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que l'ensemble de la situation médicale de la recourante n'est pas instruit de manière circonstanciée et fondée par l'OAI-C. _____. Le Dr J. _____ reprend en substance les conclusions des expertises réalisées par l'assureur-accident sans se prononcer sur l'ensemble des atteintes dont souffre l'assurée, ni motiver les constatations médicales tendant à retenir l'amélioration de l'état de santé, que cela concerne l'amélioration retenue dès le 1^{er} octobre 2020 ou celle à partir du 17 février 2022 (cf. en particulier les avis du 23 février 2021 [OAI-C. _____ pce 80] et du 21 juin 2022 [OAI-

C._____ pce 106]). Il sied également de rappeler que selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, les offices AI et l'assureur-accident doivent procéder de manière autonome à l'évaluation de l'invalidité dans chaque cas particulier. Ils ne peuvent pas se contenter de reprendre sans autre examen le degré d'invalidité de l'assureur-accident ou de l'office AI (cf. ATF 133 V 549 consid. 6 et les références citées ; arrêts du TF 8C_330/2021 du 8 juin 2021 consid. 4.2 ; 8C_224/2019 du 18 septembre 2019 consid. 4.3). En outre, en présence de doutes (même faibles ; cf. arrêt du TF 9C_404/2018 du 22 août 2018 consid. 3.2.1) quant au bien-fondé du rapport médical SMR, une instruction complémentaire doit être mise en place. Partant, une instruction complémentaire doit être réalisée afin qu'il soit procédé à une appréciation complète et motivée de la situation médicale de l'assurée dans son ensemble.

10.

10.1 Au vu de tout ce qui précède, ni l'état de santé de la recourante si sa capacité de travail respectivement de gain n'ont été dûment établis par l'autorité intérieure qui n'a pas effectué toutes les mesures d'instruction à l'établissement complets des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en toute connaissance de cause sur la demande de prestations d'invalidité de la recourante, cela en violation de l'art. 43 LPG. Partant, il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause dans son ensemble.

10.2 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 lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie, 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 rende une nouvelle décision. Il est au demeurant précisé que la recourante a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de reformatio in pejus, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; cf. supra consid. C.k).

10.3 L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressée auprès de ses médecins traitants et de l'assureur-accident et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse, en particulier dans les domaines de la psychiatrie, de l'orthopédie, de la neuro-urologie, de l'ophtalmologie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPG ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

11.

Partant, le recours doit être admis et les décisions du 3 octobre 2022 annulées. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

12.

12.1 Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée, comme en l'espèce, à l'autorité inférieure pour instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Par conséquent, l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par l'assurée en date du 6 décembre 2022 (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. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 première phrase PA).

12.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (cf. art. 64 al. 1 et 2 PA, en relation avec l'art. 7 al. 1 et al. 4 FITAF). A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF).

En l'espèce, la recourante a agi par l'intermédiaire d'un avocat n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier, le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à 2'800 francs.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que les décisions de l'autorité inférieure du 3 octobre 2022 sont annulées et la cause est 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 sur les frais présumés de procédure de 800 francs sera remboursée à la recourante avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité de dépens de 2'800 francs est allouée à la partie recourante, à charge de l'autorité inférieure.

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 :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

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 :