



Cour III
C-543/2021

Arrêt du 10 janvier 2023

Composition

Caroline Bissegger, juge unique,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (France)
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire (décision du 4 janvier
2021).

Faits :**A.**

Née en 1974 et domiciliée en France, A._____ (ci-après : la recourante, l'assurée, l'intéressée) – gestionnaire de vente de formation – a travaillé en Suisse dès 2002 dans différents domaines, soit dès 2016 en tant qu'assistante hôtelière à temps complet auprès de B._____. Dans ce contexte, elle a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AI-C._____ pces 2, 3, 8, 20 et 25 notamment).

B.

Le 18 janvier 2018, la prénommée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité eu égard à des incapacités de travail attestées médicalement dès le 1^{er} juin 2017 en relation d'une part avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauches objectivée par imagerie du 22 août 2017 et, d'autre part, des discopathies cervicales étagées avec hernie discale C4-C5 et C6-C7 gauche et hernie foraminale gauche C5-C6 documentées par IRM du 20 novembre 2017 (AI-C._____ pces 2 et 5, p. 20 ss et 32 ss).

B.a Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assureur-invalidité a recueilli différents documents médicaux, notamment auprès de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'intéressée (AI-C._____ entre autres pces 5 – comprenant un rapport d'expertise de la clinique D._____ du 5 décembre 2017 – et 34).

Il ressort ainsi d'une prise de position du Dr E._____ du 30 mars 2018 que cette dernière présente une névralgie cervico-brachiale gauche à l'origine de troubles de préhension et de douleurs évoluant depuis dix mois. A l'examen clinique, ce neurochirurgien ne note en revanche pas de signes significatifs de souffrance radiculaire ou médullaire, ni n'observe de déficit moteur, syndrome pyramidal ou troubles objectifs au niveau sensitif, les réflexes ostéo-tendineux étant en outre qualifiés de normaux (AI-C._____ pce 24).

Par ailleurs, après avoir résumé le dossier médical et dressé l'anamnèse ainsi que le status clinique complet – comprenant notamment un volet neurologique –, le Dr F._____ – spécialiste en rhumatologie, en médecine interne et en médecine du sport mandaté comme expert par l'assureur perte de gain – a retenu dans un rapport du 4 avril 2018 que la capacité de travail de l'assurée dans son activité professionnelle d'assistante hôtelière est nulle en raison des cervico-brachialgies et tendinopathies de la coiffe

des rotateurs gauches à l'origine de douleurs de l'omoplate et de l'ensemble du membre supérieur gauche assorties de paresthésies. En revanche, dans une « activité légère, excluant les ports de charge au-delà de 5 kg de manière régulière et 10 kg de manière ponctuelle, les mouvements répétitifs et de forces impliquant le membre supérieur gauche principalement au-delà de l'horizontal, un travail non soumis aux vibrations excluant les mouvements brusques et répétitifs impliquant la nuque comme la posture prolongée avec cette dernière au-delà de 30 minutes d'affilées, la capacité de travail de l'assurée est de 80% d'un temps plein, y intégrant une certaine diminution de rendement chez une assurée bien que droitnière, liée à la diminution d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps et la prise éventuelle de pauses supplémentaires ». Aussi le Dr F. _____ postule-t-il qu'une telle capacité de travail est « à atteindre d'ici à 2 mois, soit au terme des mesures de rééducations fonctionnelles qui devraient débiter prochainement pour sa nuque, thérapies focalisées auparavant essentiellement sur l'épaule gauche avec une atteinte à la santé qui s'est toutefois modifiée au fil du temps principalement depuis la fin de l'année 2017 pour impliquer des cervico-brachialgies gauches en plus des tendinopathies de la coiffe des rotateurs de l'épaule du même côté ». Du point de vue thérapeutique, l'évaluateur évoque la poursuite de mesures de rééducations fonctionnelles et des traitements antalgiques, à prescrire le cas échéant sous la forme d'infiltrations ou de médicaments antidépresseurs susceptibles d'augmenter le seuil de tolérance de la douleur (AI-C. _____ pce 34 p. 210).

Suite à l'évaluation du Dr F. _____, le Dr G. _____ – spécialiste en médecine générale – a régulièrement attesté de l'incapacité de travail de l'assurée (AI-C. _____ pces 24, 40 et 90). Dans des prises de position des 30 janvier et 8 avril 2019, le Dr H. _____ – rhumatologue – a par ailleurs observé que cette dernière présente un status clinique compatible avec un problème de fibromyalgie eu égard à une douzaine de points douloureux identifiés ainsi qu'à un important état de fatigue ; cela étant, le médecin-traitant note une péjoration de l'état de santé de l'assurée, lui reconnaissant néanmoins une capacité de travail de 80 % dans une activité évitant les mouvements au-dessus des épaules (AI-C. _____ pces 71). Préalablement, le Dr I. _____ – spécialiste en médecine physique et réadaptation – a retrouvé à l'examen clinique de l'assurée des contractures au niveau de l'omoplate gauche, un rachis cervical douloureux au niveau de la jonction cervico-dorsale, ainsi qu'une douleur lors de l'abduction forcée de l'articulation scapulo-humérale (rapport du 29 mars 2019, AI-C. _____ pce 71).

B.b Suite au licenciement de l'assurée (AI-C. _____ pce 18) et après avoir mis en œuvre des mesures d'intervention précoce sous la forme principalement d'un bilan de compétences (AI-C. _____ pce 54 en particulier ainsi que pces 14, 42 ss, 56 et 60 ss), l'OAIE a saisi l'avis de son Service médical régional, qui s'est rallié dans des prises de position des 5 octobre 2018 et 17 juin 2019 aux conclusions du Dr F. _____ (AI-C. _____ pces 55 et 76). Le 20 décembre 2019, l'intéressée a fait l'objet d'une nouvelle IRM du rachis cervical ayant documenté l'aspect stable des hernies discales étagées de C4 à C7 (AI-C. _____ pce 105). Le 20 novembre 2019 également, le Dr J. _____, rhumatologue, a considéré – après avoir évoqué l'avis du Dr E. _____ excluant toute indication chirurgicale – que la symptomatologie de l'assurée n'est pas compatible avec une durée quotidienne de travail de plus de quatre heures (AI-C. _____ pce 106). Cela étant, l'Office a derechef requis l'avis du Dr K. _____, médecin SMR, qui a conclu dans un rapport du 2 novembre 2020 que ces nouveaux documents médicaux ne permettent pas de s'écarter des conclusions du Dr F. _____ (AI-C. _____ pce 128).

B.c Par décision du 4 janvier 2021, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a alloué à l'assurée un rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet au 31 août 2018, considérant que cette dernière présente depuis juin 2018 une capacité résiduelle de travail laissant apparaître un degré d'invalidité de 19.60 % (AI-C. _____ pce 132).

C.

L'assurée interjette recours contre la décision susmentionnée, concluant en substance à son annulation et à ce que son état de santé soit réévalué (TAF pces 1 et 5).

Pour sa part, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 10).

Le 16 novembre 2021, l'intéressée a déposé de la documentation médicale en relation avec un problème auditif apparu en octobre 2021 (TAF pce 22). L'échange d'écritures a ensuite été clôturé (TAF pce 25).

Droit :

1.

1.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières

de la loi sur la partie générale des assurances sociales (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).

1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision du 4 janvier 2021 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, 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. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

2.

Le Tribunal administratif fédéral 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. Il 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 ; cf. aussi ATAF 2013/46 consid. 3.2).

3.

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'autorité inférieure était fondée à lui allouer une rente entière limitée à la période 1^{er} juillet 2018 au 31 août 2018. Conformément à la jurisprudence portant sur l'état de fait déterminant pour apprécier la légalité des décisions administratives, il ne sera pas tenu compte dans ce contexte des faits survenus durant la procédure judiciaire, soit en particulier ceux en relation avec le problème auditif apparu chez l'assurée dans le courant du mois d'octobre 2021 et ayant donné lieu à une consultation spécialisée (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 132 V 215 consid. 3.1.1, 118 V 200 consid. 3a et les références; arrêts du TF 9C_47/2022 du 22 novembre 2022 consid. 5.1.2 et 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3).

4.

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la

LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er 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 ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3. 1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4. 1). Les dispositions visées seront citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Vu par ailleurs les éléments d'extranéités 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_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.1 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) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 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.

Suivant l'art. 17 LPGA – applicable par analogie aux rentes dégressives ou limitées dans le temps (entre autres : arrêts du TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3 et 9C_704/2016 du 28 décembre 2016 consid. 2.2

et les références ; cf. ég. ATF 125 V 413 ; sur l'institution de la révision en général, cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 10 s.; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss) – la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

4.2 On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4.2.1 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI).

S'agissant en particulier des douleurs et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à en établir l'existence, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit

aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; cf. ég. ATF 141 V 574 consid. 4.1, 141 V 281 consid. 2, 140 V 290 consid. 3.3.1 et 130 V 396 consid. 5.3.2 et arrêts du TF 9C_471/2021 du 10 décembre 2021 consid. 4.2 et 8C_577/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4).

4.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c et les références).

4.4 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle 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). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

5.

Se référant principalement aux conclusions du Dr F. _____ et de son service médical, l'autorité précédente reconnaît que l'assurée présente dès

juin 2017 une incapacité de travail complète dans son activité habituelle d'assistante hôtelière. Dans une activité adaptée aux limitations provoquées par ses atteintes au membre supérieur gauche et au rachis cervical, elle présente en revanche une capacité résiduelle de travail de 80 % dès juin 2018. Cela étant, elle reste en mesure de réaliser un revenu d'invalidé de Fr. 43'839.56 établi sur la base des statistiques (niveau de compétence 1 du tableau TA1_skill_level) résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée en 2018 par l'Office fédéral de la statistique (ESS ; AI-C. _____ pces 77 ss, en particulier pce 82). Comparé au revenu sans invalidité de Fr. 54'530.- fondé sur les renseignements fournis par l'ancien employeur de la recourante (AI-C. _____ pce 25), il en résulte une invalidité de 19.60 %. En application des art. 29 LAI et 88a RAI, l'octroi d'une rente complète se justifie par conséquent uniquement du 1^{er} juillet au 31 août 2018, soit dès l'échéance d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande au 18 janvier 2018 et jusqu'au troisième mois suivant l'amélioration de l'état de santé attestée par le Dr F. _____.

5.1 Dans son recours, l'assurée reproche principalement à l'autorité précédente d'avoir examiné le droit aux prestations sur la base d'une instruction médicale lacunaire et de n'avoir pas tenu compte de la détérioration – survenue dans les suites de l'évaluation du Dr F. _____ – de son état de santé, la réalisation d'une activité même légère provoquant désormais d'insupportables douleurs, des vertiges ainsi qu'une grande fatigue.

5.2 L'argumentation de la recourante ne saurait être suivie. Avec l'autorité précédente, on doit en effet admettre que l'évaluation du Dr F. _____ est convaincante en tous points. En effet, ce médecin a précisément circonscrit le contexte dans lequel s'insère son examen, reprenant largement les différents avis médicaux portés au dossier ainsi que l'anamnèse et les plaintes de l'assurée, qui rapporte essentiellement un membre supérieur et un rachis cervical gauches douloureux accompagnés entre autres d'une diminution de la force et d'une fatigabilité. Aussi les circonstances pertinentes pour trancher le droit aux prestations sont-elles examinées en détail par le Dr F. _____. A la lecture de son rapport du 4 avril 2018, on comprend ainsi aisément que les cervico-brachialgies et tendinopathies de la coiffe des rotateurs gauches entraînent depuis juin 2017 une incapacité de travail complète dans l'activité antérieure de l'assurée. Cela étant, se référant aux constatations cliniques corroborées par les résultats des investigations réalisées au moyen d'imageries, ce spécialiste en rhumatologie a décrit de façon étayée les limitations fonctionnelles occasionnées par ces atteintes. Ce faisant, il a évalué la capacité résiduelle de travail de l'assurée

de façon objective, appréciant au demeurant le caractère invalidant des douleurs à la lumière des traitements antalgiques exigibles.

Dans ces conditions, force est d'admettre que le rapport du Dr F. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante de tels documents, ce quand bien même ce médecin n'a pas été mandaté par l'assureur invalidité en application de l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 précité et 254 consid. 3). Pour le surplus, on ne voit pas que ses conclusions soient valablement remises en cause par les autres documents médicaux versés au dossier. A l'inverse, les constatations cliniques du Dr F. _____ correspondent à celles des Drs I. _____ et E. _____ ; quant à son évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, elle est expressément reprise par le Dr K. _____, consulté à plusieurs reprises par l'assureur-invalidité. De même, à l'instar du Dr F. _____, le Dr H. _____ – bien qu'évoquant une péjoration de l'état de santé de l'assurée – lui reconnaît une capacité de travail du 80 % dans une activité épargnant son membre supérieur gauche. Dans son rapport du 30 janvier 2019, ce dernier médecin rapporte certes la symptomatologie de l'assurée à un syndrome de fibromyalgie dans lequel s'intégrerait les états de fatigue dont elle souffre (« Il me semble que c'est un problème de fibromyalgie et la fatigue s'intègre dans ce tableau », AI-C. _____ pce 71). A cet égard et comme l'explique le Dr K. _____ dans sa prise de position du 17 juin 2019, le Dr H. _____ ne se prévaut toutefois d'aucun élément objectif qu'aurait ignoré le Dr F. _____, les deux médecins décrivant au contraire une symptomatologie largement superposable, caractérisée principalement par des cervicalgies, des douleurs aux épaules ainsi qu'une asthénie. Faute d'étayer le diagnostic de fibromyalgie en référence à des constatations cliniques et fonctionnelles précises et exhaustives, l'avis du médecin traitant n'apparaît ainsi pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr F. _____, étant entendu que la recourante n'invoque aucun rapport médical où le diagnostic de fibromyalgie serait clairement établi (par analogie : ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 ; cf. également arrêt du TF 8C_259/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.2.1). Pour le surplus, rien au dossier n'atteste sérieusement une évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée, quoiqu'elle en dise. Bien plutôt, l'IRM du rachis cervical réalisée en décembre 2019 a documenté l'aspect stable des hernies discales étagées de C4 à C7. Quant aux médecins traitants les Drs J. _____ et G. _____ – qui font également état d'une symptomatologie caractérisée principalement par des douleurs au niveau de l'épaule gauche et du rachis cervicale –, ils ne motivent pas l'incapacité de travail reconnue à l'assurée au regard d'éléments convaincants et objectifs, mais semblent accorder davantage d'importance aux plaintes subjectives de cette dernière. En cela, leurs

prises de position succinctes n'apparaissent pas à même de contredire l'appréciation motivée du Dr F._____ (sur la valeur probante des avis émanant des médecins traitants, cf. entre autres arrêt du TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.2).

5.3 En définitive, l'autorité précédente pouvait valablement se fonder sur l'appréciation du Dr F._____ et les prises de position de ses médecins SMR pour reconnaître à l'assurée, dès juin 2018, une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aussi y-a-t-il lieu de rejeter les réquisitions de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire au plan neurologique notamment, cet aspect ayant été abordé à suffisance par le Dr F._____ eu égard notamment à l'avis fourni par le neurochirurgien E._____ (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; voir aussi arrêt du TF 8C_159/2018 du 17 décembre 2018 consid. 3.2). Pour le surplus, la recourante ne remet à bon droit pas en cause l'évaluation de son degré d'invalidité (à cet égard, cf. entre autres arrêts du TF 8C_202/2022 du 9 novembre 2022 consid. 5 et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6), ni le moment de l'ouverture, respectivement de la suppression du droit à la rente d'invalidité conformément aux art. 29 al. 1 LAI et 88a al. 1 RAI. Il s'ensuit que son recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté dans une procédure à juge unique conformément à l'art. 85bis al. 3 LAVS en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI et l'art. 23 al. 2 let. c LTAF.

6.

6.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant dont elle s'était acquittée (TAF pce 8).

6.2 Dans la mesure où la recourante succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(le dispositif est porté à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais, d'un même montant, versée en cause.

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 (OFAS).

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

La juge unique :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). 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 :