



Cour III  
C-6761/2019

## Arrêt du 2 décembre 2022

Composition

Michela Bürki Moreni (présidente du collège),  
Caroline Bissegger, Caroline Gehring, juges,  
Luca Rossi, greffier.

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (Finlande),  
c/o **B.** \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Emilie Conti Morel,  
WAEBER AVOCATS,  
recourante,  
contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande de rente  
(décision du 18 novembre 2019).

**Faits :****A.**

**A.a** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante franco-finlandaise, née le (...) 1980, célibataire, actuellement domiciliée en Finlande, a travaillé en Suisse comme employé administrative de 2008 à 2015 cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger [ci-après : OAIE ou autorité inférieure] doc. 4, 8).

**A.b**

**A.b.a** Le 25 septembre 2013 l'assurée, qui était à l'époque domiciliée à (...) en Suisse, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) (OAIE doc. 2, 9) à l'Office AI du Canton C. \_\_\_\_\_ (OAI-C. \_\_\_\_\_) en raison de troubles anxieux et d'une problématique d'hyperthyroïdisme auto-immune de type maladie de Basedow (OAIE doc. 14 pp. 5-8) fondant une incapacité de travail temporaire à partir du 29 avril 2013 (OAIE doc. 14 p. 6).

**A.b.b** Statuant par décisions du 4 juin 2014, l'OAI-C. \_\_\_\_\_ a rejeté cette demande de prestations AI après avoir constaté que l'assurée avait recouvré sa pleine capacité de travail avant l'expiration du délai de carence d'une année, soit à partir du 1<sup>er</sup> février 2014 (OAIE doc. 22, 24). La décision est entrée en force.

**B.**

**B.a** Le 10 septembre 2015 A. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI à l'OAI-C. \_\_\_\_\_ (OAIE doc. 27), à cause de l'incapacité de travail totale persistante depuis l'accident de la circulation routière du 6 novembre 2014 lors duquel elle a subi un traumatisme cervical de décélération du genre « coup de lapin » (OAIE doc. 35 pp. 13-29, 40, 71 p. 100). L'instruction médicale a établi que l'assurée avait été victime de deux autres accidents similaires le 4 février 2013 et le 29 juin 2014 sans conséquences particulières (OAIE doc. 38-39). Suite à l'accident du 6 novembre 2014, elle a développé des douleurs cervicales et des céphalées chroniques sur « whiplash », qui – en l'absence de lésions nécessitant une approche chirurgicale (cf. examen IRM du 24 novembre 2014 [OAIE doc. 35 p. 16]) – ont été traités avec des analgésiques et de la physiothérapie (OAIE doc. 35 pp. 22-23). Vu la persistance des symptômes algiques au cours de l'année 2015, l'assurée a été vue en consultation par le service

de neurologie de l'hôpital D.\_\_\_\_\_ à plusieurs reprises (OAIE doc. 35 pp. 22-23 et 96-97, 50 pp. 6-9, 100-104).

## **B.b**

**B.b.a** Par décision du 28 septembre 2015, la Compagnie d'assurance E.\_\_\_\_\_, assureur-accidents (ci-après : E.\_\_\_\_\_ où assureur LAA), se fondant sur les conclusions de l'expertise de neurochirurgie du 10 avril 2015 (OAIE doc. 26 = 71 pp. 5-64), a admis la prise en charge des traitements et de l'incapacité de travail jusqu'au 25 novembre 2014, date à partir de laquelle il a considéré que le status quo sine a été atteint et nié tout lien de causalité entre les douleurs persistantes et le sinistre (OAIE doc. 35 pp. 10-12 = 70 pp. 41-44).

**B.b.b** Contre ladite décision, l'assurée, représentée par Maître Gapany, a formé opposition en date du 30 octobre 2015, affirmant que les lésions et leurs conséquences étaient de nature accidentelle et non malade, qu'il existait un lien de causalité entre celles-ci et l'accident et que l'assureur LAA n'avait pas tenu compte des accidents précédents. A l'appui de ses arguments, elle a produit le rapport neurologique finlandais du 16 octobre 2015 (OAIE doc. 70 pp. 26-32).

**B.b.c** Par décision sur opposition du 29 août 2016, l'assureur LAA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 28 septembre 2015 (OAIE doc. 122 pp. 2-7). Par arrêt du 6 novembre 2017 (8C\_221/2017), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public formé par l'assurée contre le jugement cantonal du 16 février 2017 qui avait rejeté le recours contre ladite décision sur opposition.

**B.b.d** Statuant sur la demande de révision de l'arrêt précité du 30 avril 2018, le Tribunal fédéral a annulé son arrêt du 6 novembre 2017, a partiellement admis le recours dans la cause 8C\_221/2017, annulé le jugement cantonal et la décision sur opposition, et renvoyé la cause à la E.\_\_\_\_\_ pour instruction complémentaire et nouvelle décision (arrêt du TF 8F\_8/2018 du 7 janvier 2019).

**B.b.e** Par décision du 18 janvier 2022 (TAF pce 34), l'assureur LAA a admis la prise en charge des prestations pour le traitement médical jusqu'au 29 mai 2015 et le versement d'indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2015. Il a par contre nié le droit à une rente d'invalidité LAA, considérant que l'assurée était entièrement capable de travailler dans sa profession

habituelle à partir du 1<sup>er</sup> février 2015 sur la base de l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> mai 2019 établie dans le cadre de la procédure AI (cf consid. B.c.a).

## **B.c**

**B.c.a** Entretemps, le 5 avril 2016, la procédure AI a été transmise pour raison de compétence à l'OAIE, suite à la domiciliation en France (et par la suite en Finlande) de l'assurée dès le mois de décembre 2015 (OAIE doc. 63). L'OAIE a poursuivi l'instruction en versant à son dossier le dossier constitué par l'assureur-accident, le questionnaire pour l'employeur (OAIE doc. 69), le questionnaire à l'assuré (UE) et pour assurés travaillant dans le ménage (OAIE doc. 78) et plusieurs rapports des médecins traitants (OAIE doc. 93 p. 1, 100-104, 108, 119, 126, 142-142). Sur la base des avis du Service Médical de l'OAIE (ci-après : SM-OAIE) l'autorité inférieure a ordonné la mise en œuvre par Cemedex (centre médical expertises) d'une expertise pluridisciplinaire en Suisse en médecine interne, endocrinologie, rhumatologie et psychiatrie (OAIE doc. 130, 155, 158, 160).

Dans le rapport d'expertise Cemedex du 1<sup>er</sup> mai 2019 (voir consid. 10.3), les experts ont considéré que l'assurée était apte à exercer une activité professionnelle sédentaire, comme elle l'exerçait auparavant, à 100% et sans perte de rendement à partir du 1<sup>er</sup> février 2015, soit trois mois après le sinistre intervenu en novembre 2014 (OAIE doc. 191 pp. 4-5).

Le SM-OAIE s'est entièrement rallié à l'avis des experts (cf. rapport SM-OAIE du 3 juin 2019 [OAIE doc. 198]).

**B.c.b** Par préavis du 18 juin 2019, l'OAIE a donc considéré que l'assurée n'avait subi qu'une aggravation temporaire de son état de santé (de trois mois du seul point de vue rhumatologique), non susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (OAIE doc. 199).

**B.c.c** Le 23 juillet 2019 l'assurée a formé opposition contre ce préavis, demandant à l'administration de bien vouloir reconsidérer sa demande du 10 septembre 2015. Elle a mis en cause les conclusions médicales au motif que la composante neurologique n'a pas été examinée et que le rapport d'expertise pluridisciplinaire n'a fait que prouver que les symptômes dont elle souffrait n'étaient pas d'origine psychiatrique, rhumatologique ou endocrinienne (OAIE doc. 209). A l'appui de ses arguments, elle a produit un nouveau rapport neurologique finlandais du 19 juillet 2019 (OAIE doc. 212).

**B.d** Par décision du 18 novembre 2019 (OAIE doc. 225), l'OAIE a rejeté l'opposition et confirmé le préavis du 18 juin 2019, se fondant sur les prises de position du SM-OAIE des 7, 12 et 22 août 2019 (OAIE doc. 214, 215, 217), retenant une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, comme celle habituelle de « customer service representative », sans aucune limitation fonctionnelle. Des mesures de réintégration n'ont pas non plus été jugées réalisables, puisque l'assurée avait quitté la Suisse en 2015 et n'était donc plus assurée.

### **C.**

**C.a** Par acte du 20 décembre 2019 (timbre postal), complété le 20 janvier 2020, A. \_\_\_\_\_ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) contre la décision du 18 novembre 2019 dont elle requiert l'annulation en concluant d'une part à l'octroi, en plus de la rente AI, d'indemnités et, d'autre part, au remboursement des frais médicaux et de déplacements y relatifs, à compter du 1<sup>er</sup> août 2015, ainsi qu'à la reconnaissance de l'assistance judiciaire gratuite totale (TAF pce 1 et 7).

**C.b** Par décision incidente du 8 juin 2020, le Tribunal a admis la demande d'assistance judiciaire totale et invité la recourante à lui communiquer les coordonnées de son avocat (TAF pce 15).

Par lettre du 1<sup>er</sup> septembre 2020, Maître Conti Morel a transmis au Tribunal la procuration lui permettant de représenter la recourante dans la présente procédure (TAF pce 21).

**C.c** L'OAIE a répondu le 27 octobre 2020, concluant au rejet du recours sur la base du rapport du 2 octobre 2020 de la Dre F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie du SM-OAIE (TAF pce 24).

**C.d** La recourante, par la plume de son conseil, a répliqué le 7 décembre 2020, en persistant dans son argumentation, notamment en rappelant la nécessité de mettre en œuvre une expertise neurologique et les lacunes de l'expertise pluridisciplinaire, concluant à l'annulation de la décision contestée, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2016 avec intérêt à 5% l'an sur les arriérés, sous suite de frais et dépens (TAF pce 26).

**C.e** Par duplique du 17 décembre 2020, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 28).

**C.f** Le 5 juillet 2022 la recourante a transmis le rapport du 27 juin 2022 du Dr. G. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, attestant son incapacité persistante de travailler et la nécessité de mettre en place une expertise neurologique (TAF pce 36, 40).

**C.g** Invité à prendre position, l'autorité inférieure, se fondant sur l'avis de la Dre F. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2022, a confirmé ses conclusions le 5 août 2022, soulignant qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé postérieure à la décision attaquée pourra être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations (TAF pce 42).

**C.h** Le 6 septembre 2022 la recourante, persistant dans ses conclusions, a contesté que ses troubles soient postérieurs à la décision attaquée (TAF pce 44).

#### **D.**

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

#### **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 LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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]).

**1.3** Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision du 18 novembre 2019 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), le recours est recevable.

## **2.**

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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>e</sup> éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

## **3.**

**3.1** L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 18 novembre 2019 par laquelle ce dernier a rejeté, d'une part, l'octroi d'une rente AI au motif que l'assurée ne présentait pas un taux d'invalidité suffisant au sens de la LAI, et d'autre part, l'octroi de mesures de réadaptation dès lors qu'elle ne remplissait pas les conditions d'assurance.

**3.2** Dans la mesure où l'assurée demande le remboursement d'indemnités non spécifiées ainsi que des frais médicaux et de déplacement qui sont liés à la demande de prestations AI de l'assurée du 10 septembre 2015, cette dernière n'est pas recevable (consid. C.a).

## **4.**

### **4.1**

**4.1.1** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> 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 et des Dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 « Développement continu de l'AI » [RO 2021 705, p. 20] ;

aussi 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 et l'éventuel droit à la rente pourrait naître, au plus tôt le 1<sup>er</sup> mars 2016 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations [art. 29 al. 1 LAI] ; cf. aussi 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 à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 en tenant compte des changements intervenus jusqu'à la date de la décision contestée.

**4.1.2** Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier (la recourante, ressortissante française, a travaillé en Suisse, a vécu en France et vit actuellement en Finlande), 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 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

**4.2** Le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 18 novembre 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

## **5.**

**5.1** La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente déposée en septembre 2013 que l'OAI-C.\_\_\_\_\_ avait rejetée par décision du 4 juin 2014, ayant constaté que la recourante avait recouvré sa pleine capacité de travail avant l'expiration du délai de carence d'une année (OAIE pces 22, 24).

## 5.2

**5.2.1** En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

**5.2.2** Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du TF I 597/05 du 8 janvier 2007).

**5.2.3** Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec l'al. 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2; arrêt du TF 9C-246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 125 V 368 consid. 2 ; 133 V 108 et 130 V 71).

**5.3** En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande de la recourante et l'a rejetée (OAIE pce 225). Par conséquent, le Tribunal administratif fédéral doit déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de la recourante à une rente (à savoir la décision du 4 juin 2014) et en la comparant à la décision litigieuse du 18 novembre 2019, si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une rente à compter, au plus tôt, du 1<sup>er</sup> mars 2016 (art. 29 al.1 LAI : cf. la nouvelle demande du 10 septembre 2015 [OAIE pce 27]; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. ATF 140 V 2 consid. 5 et ATF 142 V 547 consid. 3).

## 6.

**6.1** 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 d'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).

**6.2** 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

**6.3** La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991, p. 329, consid. 1c).

## 7.

**7.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a 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 (arrêts du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

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 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

**7.2** La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

**7.2.1** Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). 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 125 V 351 consid. 3 et 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C\_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2).

**7.2.2** Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun

indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

S'agissant des troubles psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs légers à moyens, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un-e expert-e (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

**7.2.3** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit

pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 48 et 49).

**7.2.4** 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 plaidant 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).

## **8.**

**8.1** La notion d'invalidité dans le domaine de l'AI coïncide avec celle valable dans la LAA et dans l'assurance militaire (art. 16 LPGGA ; ATF 127 V 129 consid. 4d ; 133 V 549 consid. 6). Si l'atteinte à la santé est la même, l'évaluation de l'invalidité selon l'AI, la LAA et l'assurance militaire doit conduire au même degré d'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6 ; 126 V 288 consid. 2a avec références). L'assureur n'est toutefois pas lié par une décision rendue par une autre autorité, par exemple si le degré d'invalidité résulte d'un accord entre les parties (ATF 127 V 129 consid. 4d ; 126 V 288 consid. 2a) ou repose sur une erreur de droit (ATF 126 V 288 consid. 2a).

**8.2** En outre, si dans l'ATF 126 V 288, le Tribunal fédéral a relativisé le caractère contraignant d'une évaluation d'invalidité entrée en force à l'encontre d'un assureur-accidents en ce sens qu'une détermination différente du degré d'invalidité dans le cadre de l'assurance-invalidité entrerait en ligne de compte à titre exceptionnel et à condition qu'il existe des motifs

pertinents, dans l'ATF 133 V 549, la Haute cour a clarifié sa propre jurisprudence établissant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents ne lie pas l'assurance-invalidité au sens de la jurisprudence précédente (ATF 126 V 288) et, par conséquent l'office AI n'a pas le droit de recourir contre la décision, respectivement la décision sur opposition, de l'assureur-accidents sur la question du droit à la rente en tant que tel ou du degré d'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6 ; arrêt du TF 9C\_903/2011 du 25 janvier 2013 consid. 10).

## **9.**

**9.1** Dans le cas d'espèce, pour retenir que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié de manière à influencer le droit aux prestations, l'autorité inférieure s'est principalement référée à l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> mai 2019 dont les conclusions ont été reprises intégralement dans le rapport final du 3 juin 2019 du SM-OAIE (doc. OAIE 198). Aux yeux de l'OAIE l'examen neurologique ne montre aucun déficit moteur ou sensitif objectif, ni atteinte neurologique justifiant une incapacité de travail de longue durée. Même sur le plan somatique (médecine interne et endocrinologie), rhumatologique et psychiatrique, l'administration a considéré conservée une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, comme la dernière exercée par la recourante sans limitation fonctionnelle particulière (doc. 225 pp. 2-3).

**9.2** Pour sa part, la recourante se plaint d'une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents, reprochant à l'autorité précédente d'avoir omis d'effectuer une expertise neurologique nécessaire pour déterminer son état de santé et sa capacité de travail. Selon elle, le traitement qu'elle a suivi auprès du service de neurologie de l'hôpital D.\_\_\_\_\_ une année après l'accident du 6 novembre 2014 et les nombreux rapports neurologiques prouvent l'existence de problématiques invalidantes dans ce domaine de la médecine. En ce sens elle conteste le raisonnement de l'OAIE selon lequel l'orthopédie est similaire à la rhumatologie qui est également similaire à la neurologie. À l'appui de ses conclusions, elle se réfère à une série de rapports neurologiques que différents médecins en Suisse et à l'étranger ont établi à la suite de visites cliniques et d'examens instrumentaux (cfr. rapports du Dre H.\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2015 [OAIE pce 70 pp. 28-31], du Drs I.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du 13 août 2015 [OAIE pce 104], du Dr K.\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2019 [OAIE pce 212], du Dr L.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2016 [annexes au TAF pce 7] et du Dr G.\_\_\_\_\_ du 27 juin 2022 [annexe au TAF pce 36]). La recourante critique en outre sur plusieurs points le volet rhumatologique de l'expertise pluridisciplinaire du

1<sup>er</sup> mai 2019 : elle considère avant tout contradictoires les conclusions de l'experte, laquelle n'aurait pas pris en compte les rapports de la Dre H. \_\_\_\_\_ ainsi que du Dr K. \_\_\_\_\_ dans l'établissement de l'anamnèse et du diagnostic qui ne sont pas complet et convaincant.

## 10.

**10.1** Il sied de rappeler que dans le cadre de la première demande de prestations du 23 septembre 2013, traitée par décision du 4 juin 2014 (OAIE pce 24), le droit à une rente a été refusé non pas en raison de l'absence d'affections invalidantes, mais parce que celles-ci et leur influence sur la capacité de travail ne s'étendait pas au-delà du délai d'attente d'un an prévu par l'art. 28 al 1 LAI. L'OAIE avait établi une période d'incapacité totale de travail à partir du 29 avril 2013 en raison du problème d'hyperthyroïdie sur maladie de Basedow, qui a été traitée par une thérapie au Néo Mercazole qui a progressivement amélioré l'état de santé de l'assuré (OAIE pce 13, 15). L'assurée avait également été diagnostiquée comme souffrant d'importants troubles psychologiques, notamment nervosité et troubles anxieux par le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, problématiques pour lesquelles aucun traitement spécifique n'a été mis en place à l'époque de ladite décision (OAIE pce 13). Cela étant et dans les prévisions des médecins qui l'avaient examinée, depuis février 2014, la recourante avait pu reprendre une activité professionnelle à 100% (OAIE pce 15, 18, 20).

**10.2** Pour se prononcer ensuite sur l'existence d'une modification du taux d'invalidité dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 10 septembre 2015, l'autorité inférieure a tout d'abord soumis le cas au SM-OAIE. Sur la base des antécédents (maladie de Basedow), du dossier de l'assureur accident, ainsi que du rapport du 11 novembre 2016 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie – attestant d'un trouble schizotypique (CIM-F21) entraînant une incapacité totale de travail – et le rapport du 23 février 2017 de la Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie – attestant d'un examen clinique plutôt rassurant, un EMG dans la norme et la présence probable d'une névralgie d'Arnold, avec des troubles toutefois non cohérents – le SM-OAIE a proposé l'établissement d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire. Compte tenu du diagnostic de whiplash/coup de lapin le psychiatre du SM-OAIE a rendu attentif sur la nécessité d'une évaluation de la situation globale selon les indicateurs standards (avis SM-OAIE des 19 juillet, 18 octobre et 21 novembre 2017 [OAIE pce 155, 158, 160]).

**10.3** L'OAIE a donc mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire en médecine interne (par le Dr P. \_\_\_\_\_), endocrinologie (par le Dr Q. \_\_\_\_\_), rhumatologie (par la Dre R. \_\_\_\_\_) et psychiatrie (par le Dr S. \_\_\_\_\_) auprès du centre médical Cemdex SA. Dans le contexte de l'expertise rhumatologique le spécialiste a effectué un status neurologique.

**10.3.1** Il en ressort au plan rhumatologique que l'assurée se plaint de la persistance, depuis l'accident de novembre 2014, de cervicalgies associées à des céphalées importantes, ainsi que de lombalgies persistantes (bien que peu importantes) depuis une fracture de L1 en janvier 2011 suite à un coup de pied de cheval, sans irradiation algique dans les membres supérieurs. Aucune lésion n'a pu être mise en évidence par l'IRM cervicale réalisée le 24 novembre 2014, bien que de la radiographie de la colonne cervicale du 27 février 2019 ait montré de discrets troubles dégénératifs au niveau C5-C6. Selon la Dre R. \_\_\_\_\_ – qui a constaté l'absence d'indication de trouble neurologique de la part des neurologues qui ont régulièrement suivi l'assurée – le statut cervical est actuellement satisfaisant, notwithstanding une mobilisation et une palpation douloureuse. Sur la base de l'examen radiologique de la colonne lombaire du 28 février 2019 elle a par contre exclu la présence de pathologies lombaires, tout en constatant à l'examen clinique une musculature dorsolombaire intacte, avec une mobilité articulaire conservée et un examen neurologique sans déficit moteur ou sensoriel objectivable. Estimant le traitement pharmacologique instauré comme adéquat, l'experte a donc retenu que l'assurée présente des cervicalgies sur troubles dégénératifs et statiques, statuts post plusieurs whiplash et une névralgie d'Arnold bilatérale prédominante à droite, des lombalgies chroniques sans substrat radiologique et a évoqué la possibilité d'un syndrome du tunnel carpien à droite asymptomatique. Elle a en outre signalé une discordance entre les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent décrites par l'assurée et les constatations cliniques et radiologiques globalement dans les limites de la norme. Tout en considérant des mesures de réadaptations possibles mais non pas nécessaires, la Dre R. \_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante dispose de capacités et de ressources pour réaliser toutes les activités de la vie quotidienne, ainsi que pour reprendre une activité professionnelle sédentaire, comme celle qu'elle exerçait auparavant, considéré comme adaptée. En ce sens elle a donc attesté une pleine capacité de travail sans perte de rendement depuis le 1<sup>er</sup> février 2015, soit trois mois après l'accident du 6 novembre 2014 (OAIE pce 191 pp. 7-16).

**10.3.2** Sur le plan de la médecine interne générale, le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'ils ne résultent pas du bilan biologique des rechutes de la maladie

de Basedow, après l'arrêt du traitement par antithyroïdiens de synthèse, qui est désormais stabilisée. En l'état actuel, l'expert a constaté que l'assurée ne présente aucune pathologie pouvant influencer sur la capacité de travail et qu'il n'y a pas de mesures médicales ni de thérapies nécessaires. Du point de vue interniste, il a donc considéré que la situation n'a pas changé depuis février 2014, moment à partir duquel l'intéressée avait repris son activité habituelle avec une pleine capacité de travail (OAIE pce 191 pp. 17-26).

Du point de vue endocrinologique, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_, constatant que la maladie de Basedow est actuellement stabilisée et n'affecte plus la capacité de travail. Sur le plan thyroïdien, l'expert n'a pas identifié de limitations fonctionnelles ou de traitements nécessaires (OAIE pce 191 pp. 27-30).

**10.3.3** Au plan psychiatrique, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé lors de l'entretien avec l'assurée qu'elle est bien orientée au trois modes (temps, espace et situation), qu'elle ne présente aucun trouble d'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire, ni d'idées interprétatives ou de concernement simples ou délirantes. En ce qui concerne la lignée psychotique, l'expert n'a trouvé ni de troubles formels de la pensée (clivages, barages ou réponses à côté), ni de troubles de la perception (hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives). Concernant la lignée dépressive, aucun élément perturbateur a été observé. L'expert n'a pas non plus constaté d'euphorie, de logorrhée, de fuite dans les idées ou des comportements provocateurs, vindicatifs, démonstratifs ou manipulateurs. En ce qui concerne le registre anxieux, l'assurée ne présente pas non plus de tensions nerveuses, ni d'irritabilité. Elle ne souffre pas de phobies particulières et n'a pas de TOC ; elle ne montre pas de signe de stress post-traumatique, de souvenir envahissants, ni de rêves ou de cauchemars ; elle n'a pas non plus de troubles alimentaires ou d'addictions. L'expert a en outre relevé que l'assurée n'a jamais eu besoin d'une prise en charge psychiatrique (mise à part les 3-4 visites auprès du Dr N. \_\_\_\_\_ en 2015 suite à la perte de ses chiens – dont l'un est décédé et les autres lui ont été retirés par les Services administratifs) – ni n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Finalement, le Dr S. \_\_\_\_\_ a exclu tout diagnostic d'un point de vue psychiatrique. Il a donc écarté la présence d'un trouble schizotypique, précisant qu'aucun des signes caractéristiques d'un tel trouble n'est apparu lors de l'examen clinique. Au contraire, il a considéré que l'assurée était capable de travailler et n'avait aucune difficulté à avoir

une vie sociale. En conséquence, il a considéré que du point de vue psychiatrique l'intéressée a toujours été capable de travailler à 100% (OAIE pce 191 pp. 31-36).

**10.3.4** Aux termes de l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

- Maladie de Basedow (diagnostiquée en 2013 anamnestiquement rapidement stabilisée par un traitement de Neo-Mercazole à petits doses et interruption de ce traitement environ une année après le diagnostic) ;
- Cervicalgies chroniques sur discopathie débutante C5-C6, discret rétrolisthésis du C5 sur C4 de grade I et trouble statique. Névralgie d'Arnold bilatérale prédominante à droite. Status post-whiplashs en février 2013, 27 juin 2014 et 5 novembre 2014 ;
- Lombalgies chroniques sans substrat radiologique ; ancienne fracture du plateau supérieur de L1 ;
- Suspicion d'un syndrome du tunnel carpien à droite, asymptomatique.

Ils ont considéré que l'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychique et qu'aucun des diagnostics est susceptible d'influer sur la capacité de travail. Ils ont constaté une discordance sur le plan rhumatologique entre les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent et les constatations objectives qui se trouvent finalement dans la norme. Une discordance résulte aussi entre les constatations faites en 2015 par le Dr N. \_\_\_\_\_ et celle de l'expert en psychiatrie. Par conséquent, aucune affection du point de vue psychique a été retenue.

Les experts ont donc attesté une pleine capacité de travail, sans perte de rendement, dans une activité professionnelle sédentaire, comme celle d'employée administrative que l'assurée exerçait auparavant. Au vu de l'anamnèse, de l'évolution et de la durée reconnue par l'expérience et la littérature dans ce type d'évènement sans lésion organique décelable, mais susceptible de décompenser des lésions dégénératives préexistantes, ils ont attesté cette capacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> février 2015, c'est-à-dire trois mois après l'accident de novembre 2014 (OAIE pce 191 pp. 2-6).

## 10.4

**10.4.1** Dans la prise de position médicale du SM-OAIE du 3 juin 2019, la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a considéré que les évaluations médico-asséurologiques de l'expertise, ainsi que le diagnostic et la présentation du contexte médical étaient convaincantes et constaté qu'un examen sous l'angle des indicateurs standards a été fait. Retenant une incapacité de travail totale pour les trois mois qui ont suivi l'accident du 6 novembre 2014, elle a donc entièrement repris les conclusions des experts quant au fait qu'à partir du 1<sup>er</sup> février 2015 l'assurée était entièrement capable de travailler sans limitation fonctionnelle d'aucune sorte (OAIE pce 198).

**10.4.2** En procédure d'audition, les rapports neurologiques du Dr J.\_\_\_\_\_ du 13 août, du 16 septembre et du 29 octobre 2015, le rapport de la Dre O.\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2017 et du Dr K.\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2019 (OAIE pce 212), ainsi que l'examen RX vertébrale du 27 juillet 2019 et les tests de laboratoire du 27 février 2019 (OAIE pce 194-195) ont été soumis pour avis au SM-OAIE. Dans la prise de position médicale du 7 août 2019, la Dre T.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen clinique conduit par le Dr K.\_\_\_\_\_ ne permet pas de conclure à une aggravation de l'état de santé, du moment qu'il note que l'atteinte cervicale tant cliniquement que radiologiquement est inchangé par rapport à la consultation faite quatre ans plus tôt. Elle a en outre précisé que la cervicalgie post-traumatique sans intervention chirurgicale dont souffre l'assurée est une pathologie articulaire qui ressortit à la rhumatologie. D'autre part, le suivi neurologique a été mis en place depuis 2015, en dehors d'une limitation de la flexion-extension de la tête très douloureuse même à la mobilisation passive, le status se présente dans la norme et est resté inchangé au fil des années (OAIE pce 214).

Afin de pouvoir statuer définitivement, le dossier a été transmis à la Dre U.\_\_\_\_\_ spécialiste en rhumatologie, laquelle s'est ralliée dans sa prise de position médicale du 12 août 2019 à l'avis des Dres R.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, sauf en ce qui concerne la fracture de C1 (atlas) consécutive à l'accident du 6 novembre 2014, mentionnée parmi les diagnostics, car elle estime qu'aucune fracture n'est décrite dans le rapport de radiographie cervicale du 27 février 2019 et encore moins par la Dre O.\_\_\_\_\_. Elle considère que le rapport neurologique du Dr K.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun nouvel élément médical, compte tenu de l'IRM décrite comme inchangée et du

fait que les limitations cervicales sévères qui y sont notées ne sont expliquées ni par la mesure des amplitudes, ni par la précision d'un examen actif ou passif (OAIE pce 215, 217).

**10.4.3** En procédure de recours, le dossier a ensuite été soumis à la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie du SM-OAIE, laquelle a relevé dans son avis du 2 octobre 2020 (annexe au TAF pce 24) que les différents neurologues qui ont examiné l'assurée n'ont relevé aucune anomalie sur le plan neurologique et que l'ENMG des quatre membres du 10 janvier 2017 n'a pas établi de souffrance radiculaire. Sur la base de la description clinique et des examens effectués, elle a conclu à une absence d'atteinte radiculaire ou autre atteinte neurologique. Constatant qu'aucune limitation fonctionnelle et aucune incapacité de travail ne peuvent être retenues sur le plan neurologique, elle a confirmé qu'une expertise neurologique n'était pas nécessaire. Une telle expertise, selon la Dre F.\_\_\_\_\_, n'aurait de même pas pu apporter plus d'informations concernant la douleur cervicale et les céphalées déjà diagnostiquées par l'expert rhumatologue et psychiatre.

Consultée au sujet de l'exhaustivité et de la fiabilité de l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> mai 2019, la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SM-OAIE a indiqué dans l'avis du 12 octobre 2020 que les nouveaux indicateurs standards ont été appréciés de manière détaillée et convaincante dans la partie consensuelle (TAF pce 24)

## **11.**

**11.1** A titre préliminaire, il sied de noter que l'expertise pluridisciplinaire ordonnée par l'administration est complète, cohérente et convaincante et qu'elle remplit les critères jurisprudentiels qui permettent de lui reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351). Les experts se sont fondés sur les informations fournies par la personne examinée et les médecins traitants, l'examen du tableau clinique et du comportement de la recourante et les documents médicaux du dossier. Le rapport comprend l'anamnèse, les informations du dossier, les diagnostics, les indications des experts eux-mêmes, ainsi que la discussion et les conclusions concomitantes des experts concernant les limitations fonctionnelles et leur influence sur la capacité de travail de l'assurée. Ce rapport peut donc être considéré, au moins formellement, comme un moyen de preuve approprié pour l'évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante.

**11.2** Du point de vue matériel, on constate que le dossier a fait l'objet d'une enquête approfondie, tenant compte des différents domaines de la médecine impliqués, afin d'évaluer l'impact et l'évolution dans le temps des différentes affections diagnostiquées et la capacité de travail de l'assurée. Dans le cadre de la procédure d'accident, ont été notamment récoltés le rapport ambulatoire orthopédique du 25 novembre 2014 et les rapports neurologiques établis par les Dr I.\_\_\_\_\_, Dr J.\_\_\_\_\_ à l'hôpital de D.\_\_\_\_\_, les certificats d'incapacité de travail de la Dre W.\_\_\_\_\_, médecine généraliste traitant, ainsi que les examens radiologiques (OAIE pce 35 p. 19, pp. 22-23, pp. 96-97, pce 50 pp. 6-9, pce 71 pp. 85-92 et 95, pce 100-103) ainsi qu'une expertise en neurochirurgie ordonnée par la Compagnie d'assurance E.\_\_\_\_\_ (qui a été par la suite annulée par le Tribunal fédéral par arrêt 8F\_8/2018 du 7 janvier 2019 [cf. consid. B.b.d] et par conséquence n'a pas été retenue par le Tribunal de céans [OAIE pce 71 pp. 5 et ss.]). En plus des rapports issus de la précédente demande de prestations AI, l'OAIE a récolté différents rapports médicaux, notamment ceux du Dre H.\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2015 (OAIE pce 70 pp. 28-31), du Dr K.\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2019 (OAIE pce 212) et de la Dre O.\_\_\_\_\_ du 23 février 2017 (OAIE pce 141, 142) en neurologie ; du Dr .\_\_\_\_\_ (notamment ceux du 1<sup>er</sup> septembre, 23 novembre et 14 décembre 2016 [OAIE pce 111, 113, 125]) en médecine interne générale et du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2016 en médecine de la douleur chronique (OAIE pce 112) ; du Dr N.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2016 en psychiatrie (OAIE pce 108, 126). Tous ces actes médicaux ont été soumis aux experts du Cemdex SA qui ont rédigé l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> mai 2019. Étant postérieur à l'expertise, le rapport du 19 juillet 2019 du Dr K.\_\_\_\_\_ a été soumis aux médecins du SM-OAIE lesquels se sont exprimés par le biais des avis du 7 août 2019 (Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne), du 12 août 2019 (Dre U.\_\_\_\_\_ spécialiste en rhumatologie), du 2 octobre 2020 (Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie).

**11.3** En ce qui concerne la plainte relative à l'omission d'effectuer une expertise en neurologie, le Tribunal relève ce qui suit.

**11.3.1** En ce qui concerne les domaines de la médecine sélectionnés pour l'expertise, il convient de souligner que le rhumatologue est le spécialiste des maladies dégénératives-inflammatoires de l'appareil locomoteur, qui est chargé de diagnostiquer et d'établir une thérapie visant à traiter le trouble rhumatismal. Dans le cas d'une maladie de la colonne vertébrale pour laquelle il n'y a pas d'indication claire à procéder à une intervention chirurgicale, comme c'est le cas en l'espèce (voir liste des diagnostics, consid. 10.3.4), le rhumatologue est sans aucun doute le spécialiste le plus

approprié pour poser le diagnostic et déterminer le traitement correct (<https://www.swissmedical.net/fr/rhumatologie> ; <https://www.ligues-rhumatisme.ch/> ; <https://fr.wikipedia.org/wiki/Rhumatologie>). Cela indépendamment du fait que les pathologies diagnostiquées soient d'origine traumatique ou dégénérative. Si le rapport d'orthopédie de l'hôpital D. \_\_\_\_\_ a été rédigé dans les suites de l'accident de novembre 2014 (cf. rapport ambulatoire du 25 novembre 2014 [OAIE pce 35 p. 19]), force est de constater qu'ensuite en l'absence de toute fracture ou lésion majeure, les affections dont souffrait l'assurée ne nécessitaient plus de suivi orthopédique. En effet, il sied de rappeler que le chirurgien orthopédiste est spécialisé dans les lésions et altérations de l'appareil locomoteur (qui comprend les os, les muscles, les articulations, les tendons et les ligaments) et qu'il intervient en cas de fractures, de luxations articulaires, d'élongations musculaires, de tumeurs osseuses ou de certain type d'arthrose (<https://www.swissmedical.net/fr/orthopedie>), qui en l'espèce ne sont pas présentes au dossier médical de la recourante.

**11.3.2** Contrairement à ce qu'affirme la recourante, aucun élément au dossier ne permet de croire qu'il aurait été opportun, voire nécessaire, de confier le dossier à un neurologue, dès lors que les affections de la colonne cervicale sont restées relativement stables au fil des années, selon l'avis des neurologues consultés par l'assurée, fondés sur les examens d'IRM de novembre 2014 (OAIE pce 35 p. 16) et ceux de septembre 2015 et de juillet 2019 effectués en Finlande (décrits par la Dre H. \_\_\_\_\_ et le Dr K. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 70 pp. 28-31 et 212] et ne figurant pas au dossier). Il sied également de noter qu'aucun médecin n'a donné d'indication pour procéder à une intervention chirurgicale : ni les Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ (qui dans leurs rapports ont à maintes reprises souligné que les nerfs crâniens sont entièrement dans la norme, qu'il n'y a pas de déchirure ligamentaire, et exclu la présence de lésions nécessitant une intervention chirurgicale [cf. OAIE pce 35 pp. 22-23, 35 pp. 96-97, 50 pp. 6-9, 103]), ni la Dre H. \_\_\_\_\_ (laquelle a décrit dans le rapport du 23 septembre 2015 la présence d'un bec osteophitaire au niveau de l'atlas mise en évidence lors de la dernière IRM [OAIE pce 70 pp. 30-31]), ni le Dr L. \_\_\_\_\_ (qui dans son rapport du 3 novembre 2016 a prescrit la continuation de la thérapie pharmaceutique et conseillé des séances de kinésithérapie rééducative [annexe au TAF 7]), ni la Dre O. \_\_\_\_\_ (qui dans le rapport du 23 février 2017 a référé d'un examen EMG normal, ne permettant pas d'objectiver de souffrance radiculaire C5-C6, C6-C7, et C7-T1 droite, ni de neuropathie sous-jacente et a exprimé sa perplexité concernant la cohérence des troubles avec une éventuelle lésion de l'atlas [OAIE pce 142]), ni même le Dr K. \_\_\_\_\_ (qui ne mentionne même pas la névralgie d'Arnold dans

son rapport du 19 juillet 2019 [OAIE pce 21]). Concernant l'existence de la névralgie d'Arnold (considérée par la Dre O. \_\_\_\_\_ comme probable, mais pas entièrement démontrée), la littérature l'assimile à un syndrome douloureux chronique lorsqu'elle persiste pendant plus de trois mois. Celle-ci nécessite une prise en charge multidisciplinaire, associant des techniques médicamenteuses (antalgiques, anti-inflammatoires et infiltrations articulaires de corticoïdes) et non médicamenteuses (comprenant la kinésithérapie, les massages, l'application de froid ou de chaleur, la rééducation et la mobilisation, la reprise précoce d'activité, les manipulations vertébrales, et des techniques de contre-stimulation comme la poncture sèche, la TENS Neurostimulation Électrique Transcutanée), alors que le recours à la chirurgie est exceptionnel ([https://fr.wikipedia.org/wiki/N%C3%A9vralgie\\_d%27Arnold](https://fr.wikipedia.org/wiki/N%C3%A9vralgie_d%27Arnold)). Dans le cas d'espèce, la thérapie mise en place par les différents médecins traitants a été précisément une combinaison des deux techniques précitées. À noter que les Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ – tout en signalant (comme d'ailleurs la Dre O. \_\_\_\_\_) la difficulté de la prise en charge de l'assurée, qui se montrait suspicieuse envers toute proposition de traitement médicamenteux (comme par exemple les infiltrations proposées par le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste de la thérapie de la douleur [cf. OAIE pce 103]) – avaient vivement conseillé à celle-ci, lors de la visite du 29 octobre 2015, la reprise d'une activité professionnelle à temps partiel (OAIE pce 50 pp. 8-9).

**11.3.3** En définitif, à la lumière du status neurologique établi par l'expert rhumatologue et des rapports médicaux figurant au dossier, il sied de constater que l'assurée ne présente pas de déficits neurologiques particulier et invalidant, circonstance sur laquelle s'accordent non seulement les experts (OAIE pce 191 p. 4), mais aussi les neurologues Dr I. \_\_\_\_\_, Dr J. \_\_\_\_\_, Dre O. \_\_\_\_\_, Dr L. \_\_\_\_\_ (voir les actes cité) et la neurologue du SM-OAIE, la Dre F. \_\_\_\_\_, qui dans l'avis du 2 octobre 2020 confirme l'absence d'atteinte radiculaire et d'autres atteintes neurologiques (annexé au TAF 24). Il s'ensuit que l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> mai 2019, malgré l'absence d'évaluation de la part d'un expert neurologue, peut sans aucun doute être considérée comme un moyen de preuve approprié aux fins de l'évaluation de l'état de santé et de la capacité au travail de la recourante.

## 11.4

**11.4.1** Du point de vue rhumatologique, contrairement à l'avis de la recourante, l'experte a tenu compte de toute les affections et de tous les rapports

figurant au dossier (du moins dans l'évaluation consensuelle, comme il résulte de la synthèse des actes médicaux soumis aux experts [cf. OAIE pce 191 pp. 37-41]), ses conclusions qui sont cohérentes avec l'histoire clinique de l'assurée, l'examen clinique et les résultats des examens IRM et radiographiques à la colonne cervicale et lombaire du 27 février 2019 (OAIE pce 194) ont d'ailleurs été confirmés par la Dre U. \_\_\_\_\_ rhumatologue du SM-OAIE, qui dans son avis du 12 août 2019, après avoir examiné le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 19 juillet 2019, a constaté qu'il ne subsistait pas de limitations fonctionnelles cervicale et lombaire significatives en absence de toute lésion traumatique cervicale (OAIE pce 215). La Dre U. \_\_\_\_\_ a en outre précisé que selon elle il n'est pas nécessaire de demander un complément d'information au Dr K. \_\_\_\_\_, du moment que son rapport médical n'apporte aucun nouvel élément médical. Selon ses dires : « les limitations cervicales sévères retenues ne sont pas expliquées par la mesure des amplitudes, ni par la précision d'un examen actif ou passif ; de plus, l'IRM est considérée comme inchangée » (OAIE pce 217).

**11.4.2** Du point de vue psychiatrique, on relève que l'expertise médicale a été réalisée selon les critères posés par la nouvelle jurisprudence concernant les indicateurs standards et elle a partant pleine force probante. Il sied toutefois de noter qu'une telle procédure est superflue si l'incapacité de travail est refusée sur la base de rapports ayant force probante établis par des médecins spécialistes (cf. ATF 125 V 351) et si les éventuelles appréciations contraires n'ont aucune force probante parce que les rapports proviennent de médecins sans qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Dans le cas d'espèce, mise à part le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ – qui avait visité l'assurée à 3-4 reprises et lui avait conseillé une thérapie de soutien, relaxation et EMDR pour lutter contre les psychotraumatismes que celle-ci a vécu lorsque ses chiens lui ont été retirés par les autorités – aucun autre médecin spécialiste en psychiatrie n'a posé des diagnostics dans ce domaine de la médecine. En dehors du bref suivi auprès du Dr N. \_\_\_\_\_ (dont le diagnostic de trouble schizotypique avait été par la suite repris dans les rapports du Dr X. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, cf. certificat du 13 janvier 2019 [annexe au TAF 7]), il ne ressort pas du dossier que l'assurée ait jamais eu besoin de traitement psychiatrique particulier. Lors de l'expertise, elle a elle-même exprimé sa surprise quant à la nécessité d'une évaluation psychiatrique (cf. OAIE 191 p. 32). Cela étant, et au vu de l'avis du 12 octobre 2020 par lequel la Dre V. \_\_\_\_\_ s'est entièrement alignée aux conclusions de l'expert, il est possible de confirmer l'absence de toute affection sur le plan psychiatrique susceptible d'influer sur la capacité de travail de la recourante.

**11.4.3** De même, en matière de médecine interne et d'endocrinologie, il ne figure au dossier aucune évaluation contraire (autant d'un point de vue du diagnostic que de la capacité de travail) susceptible de remettre en cause les conclusions des experts, qui sont d'ailleurs confirmées par les avis du SM-OAIE. Sur cet aspect, d'ailleurs, la recourante ne soulève pas d'objections particulières.

**11.5** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conclure qu'en dehors des diagnostics énoncés dans l'expertise et repris par les médecins du SM-OAIE, il n'existe aucun élément objectif permettant de croire que l'assurée souffre d'autres pathologies susceptibles d'affecter durablement son état de santé et sa capacité de travail.

## **11.6**

**11.6.1** Il s'ensuit que, pour procéder à leur évaluation, les médecins cités par l'assurée se sont fondés sur le même substrat factuel que les experts de Cemdex SA (et ceux du SM-OAIE). Ainsi, lorsque les Drs H.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, et De W.\_\_\_\_\_ invoquent un taux d'incapacité différent de celui retenu par les experts dans leur évaluation commune, il faut considérer qu'ils expriment en fait une appréciation différente des mêmes faits. En l'absence d'éléments concrets permettant d'étayer davantage les avis desdits médecins (ni le Dr I.\_\_\_\_\_, et le Dr J.\_\_\_\_\_, ni le Dr L.\_\_\_\_\_, ni le Dr O.\_\_\_\_\_, ni le Dr K.\_\_\_\_\_ ne se prononçant d'ailleurs sur la capacité de travail), le Tribunal n'estime pas nécessaire de s'écarter de l'évaluation complète, fiable et concluante concernant la capacité de travail de l'assurée exposée dans le rapport d'expertise du 1er mai 2019.

**11.6.2** En outre, il ne faut pas oublier qu'en raison de la nature différente de la tâche assumée (à des fins de traitement et non d'expertise), en cas de divergence, on ne peut pas, en règle générale, se fonder sur la position du médecin traitant, même s'il s'agit d'un spécialiste (voir, entre autres, l'arrêt du TF 9C\_151/2011 du 27 janvier 2012 consid. 5.1 avec références ; 9C\_721/2012 du 24 octobre 2012, consid. 4.4 ; I 1102/06 du 31 janvier 2008 ; I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2), puisque compte tenu du rapport de confiance existant avec le patient, le médecin traitant attestera, en cas de doute, en faveur de son patient (ATF 125 V 353 consid. 3b)cc ; 124 I 175 consid. 4 ; 122 V 161 ; arrêt du TF 8C\_828/2007 du 23 avril 2008 ; R. SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000, pp. 269 s.). En revanche, le seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants expriment un avis contradictoire ne suffit pas à remettre en cause une expertise ordonnée par le juge

ou l'administration et à imposer de nouvelles constatations (arrêts du TF 9C\_710/2011 du 20 mars 2012 consid. 4.5 et 9C\_9/2010 du 29 septembre 2010 consid. 3.4, les deux avec les références jurisprudentielles qui y sont mentionnées).

**11.7** En conclusion, il est ainsi prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante valable en matière d'assurances sociales, qu'à partir du 6 novembre 2014, l'état de santé de la recourante, ainsi que les conséquences sur sa capacité de travail, se sont détériorés temporairement pendant les trois mois suivants (une incapacité totale de travail dans toute profession pour des raisons rhumatologiques et orthopédiques étant survenue à la suite de l'accident de la circulation). En ce qui concerne les accidents précédents (c'est-à-dire ceux de février 2013 et de juin 2014), le dossier ne révèle pas de périodes d'incapacité de travail particulières, ni de conséquences invalidantes à prendre en compte ici. A partir du 1<sup>er</sup> février 2015, l'état de santé de la recourante se trouve ainsi sensiblement stabilisé, à la seule exception de quelque bref période d'incapacité de travail temporaires (indiquées à la fin du rapport d'expertise [OAIE pce 191 p. 42]), qui sont toutefois sans pertinence pour la détermination de son droit aux prestations AI.

**11.8** Sur ce point la décision du 18 novembre 2019 de l'OAIE peut être donc confirmé.

## **12.**

**12.1** Cela étant, bien qu'il ne soit pas susceptible d'influencer l'appréciation du Tribunal relative à la décision du 18 novembre 2019, dans la mesure où il témoigne de faits survenus après cette date, le rapport du 27 juin 2022 du Dr G.\_\_\_\_\_, produit à l'occasion du recours, attestant de l'apparition d'une nouvelle pathologie (troubles cognitifs) jamais évoquée auparavant par aucun médecin et nécessitant des investigations complémentaires, apparaît certainement pertinent pour l'appréciation de l'état de santé actuel de l'assurée, en particulier, il rend plausible une modification de son état de santé.

Ce constat est également partagé par la Dre F.\_\_\_\_\_, qui, dans son avis du 2 août 2022 (annexé au TAF pce 42), tout en confirmant ses précédentes conclusions, estime opportun d'entrer en matière afin de procéder aux investigations proposées par le Dr G.\_\_\_\_\_, notamment la réalisation d'un nouvel examen IRM et d'un bilan neuropsychologique, ainsi que d'un examen neurologique en Suisse.

Le dossier sera donc transmis par compétence à l'OAIE pour procéder auxdits examens. L'administration tiendra également compte des rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ et du Dr K. \_\_\_\_\_, qui ont été produits à l'occasion du recours et dont il ressort une description des nouvelles affections (annexes à TAF pce 40) et de la situation actuelle (annexe à TAF pce 36), afin de constater l'évolution de l'état de santé.

### **13.**

**13.1** Par ailleurs, la recourante allègue que le refus de mesures de réadaptation est discriminatoire.

**13.2** En l'occurrence, s'il est incontesté que l'OAI-C. \_\_\_\_\_ à la fin 2015 avait considéré que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageable à cause de la langue du dossier médical – ce qui peut se discuter – il ressort également que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans toute activité légère et sédentaire, comme celle dernièrement exercée de « Customer service representative » à partir de février 2015, ce qui rend des mesures professionnelles évidemment superflues.

**13.3** Au vu de ce qui précède, le recours de l'intéressé, en tant qu'il conteste le refus de l'OAIE de lui octroyer des mesures de réadaptation, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée même sur ce point.

### **14.**

**14.1** La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> et 2 LAI), fixés en Fr. 800.-, compte tenu de la charge liée à la procédure. La recourante, qui succombe, en est toutefois dispensé dans la mesure où elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite par décision incidente du 8 juin 2020.

### **14.2**

**14.2.1** Il sied par ailleurs d'allouer à Maître Emilie Conti Morel, en sa qualité de mandataire d'office, une indemnité à titre de frais et honoraires (art. 65 al. 2 PA, en relation avec les art. 8 à 11 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2], applicables par renvoi de l'art. 12 FITAF), étant précisé que seuls les frais nécessaires à la défense des intérêts de la recourante sont indemnisés à ce titre (art. 8 al. 2 FITAF a contrario). Les honoraires du ou de la représentant-e sont fixés, 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 ou la représentant-e a dû y consacrer. Afin d'évaluer l'importance du travail et du temps consacré, il faut tenir compte du fait que la procédure en matière d'assurances sociales est régie par la maxime inquisitoire, ce qui facilite généralement la tâche du ou de la mandataire. Quant à l'activité de ce ou de cette dernier-ère qui peut être prise en considération, elle ne peut inclure des actions inutiles ou superflues. En outre, les actions entreprises avant l'ouverture de la phase procédurale ne peuvent être retenues (voir l'arrêt du TF I 452/05 du 27 novembre 2006 consid. 5.5 et les références qui y figurent).

L'art. 10 al. 1 et 2 FITAF précise que les honoraires de l'avocat-e sont calculés en fonction du temps nécessaire à la représentation de la partie ; le taux horaire des avocats varie entre un minimum de 200 CHF et un maximum de 400 CHF.

De plus, lorsque le Tribunal attribue un-e avocat-e à une partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes, la rétribution de l'avocat-e assujetti-e à la TVA doit comporter un montant à titre de TVA, quand bien même il ou elle défend une personne domiciliée à l'étranger, car l'Etat est alors considéré comme le destinataire de la prestation accomplie par l'avocat-e (ATF 141 IV 344 consid. 4).

**14.2.2** Si le recourant devait revenir à meilleure fortune, il aurait l'obligation de rembourser au Tribunal les frais et honoraires versés à son défendeur d'office (art. 65 al. 4 PA).

### **14.3**

**14.3.1** En l'espèce, par lettre du 21 mai 2021, Maître Conti Morel a transmis au Tribunal de céans sa note d'honoraires détaillée pour son activité s'élevant à fr. 4'587.50 (TAF pce 32), qui ne peut toutefois pas être confirmée. En effet, le travail utile et nécessaire accompli par la représentante de la recourante a débuté en cours de procédure, et il consiste principalement dans l'écrit du 1<sup>er</sup> septembre 2020, par lequel elle s'est annoncée comme représentante de l'assurée et a demandé en sus de la consultation du dossier, la possibilité de compléter le recours (TAF pce 21), l'acte de réplique du 7 décembre 2020 (TAF pce 26), le courrier spontané du 21 mai 2021 par lequel elle a produit son relevé d'activité au jour dudit courrier (TAF pce 32), le courrier spontané du 5 juillet 2022 par lequel elle a transmis le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ accompagné de brèves observations (TAF pce 36) et finalement, le 6 septembre 2022, une prise de position concise au sujet de l'avis de la Dre F. \_\_\_\_\_ (TAF pce 44).

**14.3.2** Cela étant, à la lumière du travail utile et nécessaire exécuté par Maître Conti Morel, de la documentation soumise, de la difficulté du présent litige et compte tenu de cas similaires, il apparaît dès lors équitable d'allouer au représentant du recourant une indemnité de dépens de fr. 2'800.- (y compris les frais et honoraires et la TVA), à titre d'assistance judiciaire, à charge de la caisse du Tribunal.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Dans la mesure où il est recevable, le recours est rejeté.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Une indemnité de fr. 2'800.- à charge de la caisse du Tribunal est allouée à l'avocat d'office Maître Conti Morel.

**4.**

Le dossier est transmis pour compétence à l'OAIE pour procéder dans le sens des considérants.

**5.**

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS).

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

**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 :