



Cour III
C-7021/2023

Arrêt du 31 janvier 2025

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Christoph Rohrer, juges,
Mattia Bernardoni, greffier.

Parties

A. _____, (France),
représentée par Maître Michael Anders, avocat,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire (décision du 14 novembre 2023).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : la recourante, l'intéressée ou l'assurée) est une ressortissante française domiciliée en France, née le (...) 1992 (AI pces 5 et 10 p. 30), qui a notamment travaillé en Suisse en tant que frontalière – en versant des cotisations à l'AVS/AI depuis mai 2013 (AI pce 14) – jusqu'au jour où elle a subi un accident de la voie publique, en date du 11 décembre 2015 (AI pces 5, 6 et 16).

B.

Le 18 avril 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles / rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : l'OAI-B._____), indiquant en particulier une incapacité de travail entière (100 %) dès le 11 décembre 2015 et des lésions des membres inférieurs (AI pces 5 et 13).

B.a Dans le cadre du traitement de la demande de prestations précitée, les pièces suivantes ont notamment été versées au dossier :

- compte-rendu opératoire du Dr C._____ (chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux D._____ ; ci-après : le Dr C._____) du 17 décembre 2015 (AI pce 15 p. 86) relatif à l'ECM (enclouage centro-médullaire) du fémur gauche réalisé le 11 décembre 2015 et posant le diagnostic de fracture diaphysaire transverse du fémur gauche ;
- compte-rendu opératoire du Dr E._____ (chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux D._____ ; ci-après : le Dr E._____) du 23 décembre 2015 (AI pce 15 p. 87) relatif à l'ostéosynthèse du fragment libre par cerclage au niveau du tibia gauche et au changement d'une vis de verrouillage distal réalisés le 22 décembre 2015 ;
- demande de garantie pour la rééducation locomotrice signée par la Dre F._____ (médecin adjointe auprès du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux D._____ ; ci-après : la Dre F._____) du 30 décembre 2015 (AI pce 1 p. 2), mentionnant en particulier le polytraumatisme sur accident de la voie publique du 11 décembre 2015, lors duquel la patiente, qui était en moto, a été percutée par une voiture et catapultée par-dessus le véhicule avec réception dans une haie ; par ailleurs, la Dre F._____ recommande une prise en charge psychiatrique ;

- rapport des Drs G._____ (chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux D._____ ; ci-après : le Dr G._____) et H._____ (médecin interne ; ci-après : le Dr H._____) du 5 janvier 2016 (AI pce 15 p. 95) faisant état de suites post-opératoires favorables et indiquant que la patiente reste apyrétique ;
- rapport des Drs I._____ (chef de clinique auprès du Service de radiologie des Hôpitaux D._____ ; ci-après : le Dr I._____) et J._____ (médecin interne ; ci-après : la Dre J._____) relatif à l'IRM du genou droit du 7 janvier 2016 (AI pce 15 p. 97) mentionnant notamment la rupture partielle du ligament croisé antérieur et la rupture complète du ligament latéral externe ;
- rapport du Dr K._____ (médecin interne ; ci-après : le Dr K._____) du 12 janvier 2016 (AI pce 15 p. 100) mentionnant que la patiente est hospitalisée depuis l'accident du 11 décembre 2015 ayant provoqué une fracture diaphysaire transverse du fémur gauche, une fracture ouverte du tibia gauche à segment multipare et une fracture du péroné gauche multipare dans le tiers distal, un fragment non réduit au foyer de la fracture du tibia gauche et une entorse du genou droit ;
- compte-rendu opératoire du Dr L._____ (chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux D._____ ; ci-après : le Dr L._____) du 14 janvier 2016 (AI pce 15 p. 104) relatif à l'ostéosynthèse du péroné distal avec plaque, à l'enclouage centro-médullaire du tibia gauche et à l'ablation du fixateur externe réalisés le 20 décembre 2015 au niveau du membre inférieur gauche ;
- rapport du Dr M._____ (radiologue ; ci-après : le Dr M._____) relatif à l'IRM du genou droit du 22 juillet 2016 (AI pce 33 p. 245) mentionnant notamment une probable lésion partielle semi-récente du ligament croisé antérieur et un ligament collatéral latéral non formellement individualisé ;
- rapport de la Dre N._____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation ; ci-après : la Dre N._____) du 30 juillet 2016 (AI pce 33 p. 243) faisant notamment état d'une patiente qui a séjourné au Centre Hospitalier Public O._____ du 2 février 2016 au 18 avril 2016 et du 22 avril 2016 au 30 juillet 2016 et qui présente toujours des douleurs

neuropathiques traitées par Lyrica ainsi que des douleurs localisées au niveau de la cheville traitées par Tramadol ;

- rapport du Dr P. _____ (chirurgien orthopédiste et traumatologue ; ci-après : le Dr P : _____) du 5 septembre 2016 (AI pce 15 p. 116) faisant notamment état d'une patiente qui ressent, cliniquement, une instabilité majeure au niveau du genou droit, précisant que les examens d'imagerie confirment la rupture des structures anatomiques au niveau du plan frontal et sagittal ;
- compte-rendu opératoire du 20 octobre 2016 relatif à l'intervention effectuée par le Dr P. _____ (AI pce 15 p. 138 s.), consistant en une greffe du ligament croisé antérieur et en une plastie du ligament latéral externe au niveau du genou droit ;
- rapport du Dr Q. _____ (spécialiste en radiodiagnostic et imagerie ; ci-après : le Dr Q. _____) du 25 janvier 2017 relatif à l'IRM du genou droit (AI pce 33 p. 242) mettant en exergue l'intégrité des ligamentoplasties, l'aspect inflammatoire de l'enthèse fémorale du ligament latéral externe, une inflammation du tendon patellaire, l'intégrité des ménisques et l'absence de bride ;
- ordonnance médicale du 15 février 2017 prescrivant notamment l'anti-dépresseur Citalopram (AI pce 33 p. 241).

B.b Selon le questionnaire pour l'employeur du 27 avril 2017 (AI pce 16), l'assurée a été sous contrat auprès de l'entreprise R. _____ SA – sise à (...) – du 1^{er} décembre 2015 au 16 janvier 2016, étant précisé que la recourante a été en incapacité de travail depuis le 11 décembre 2015 et qu'elle exerçait l'activité de cuisinière à raison de 33.35 heures par semaine – soit à 80 % (cf. contrat du 1^{er} décembre 2015 [AI pce 16 p. 186 ss]) – pour un salaire mensuel brut de Fr. 3'600.- versé 13 fois.

B.c Dans son courrier du 15 mai 2017 à l'attention du Dr S. _____ (médecin généraliste traitant [AI pce 5] ; ci-après : le Dr S. _____ [AI pce 39 p. 264]), le Dr T. _____ (spécialiste en médecine générale et médecin-conseil auprès de U. _____ Assurances [assureur-accidents selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20)]) relève la nécessité de mettre en place un suivi psychiatrique, ce qui ressort également de la volonté de l'assurée, comme le souligne le Dr T. _____. Et le médecin-conseil de l'assureur-accidents de préciser que les séquelles

orthopédiques relativement importantes et le syndrome post-traumatique entraînent une durée prolongée d'incapacité de travail.

B.d Dans son rapport du 26 juin 2017 (AI pce 9), le Dr S._____ indique que l'exercice d'une activité adaptée est exigible à mi-temps (50 %) et mentionne des limitations fonctionnelles causées par un déficit de force musculaire au niveau des membres inférieurs et une flexion incomplète du genou droit.

B.e Dans son courrier du 27 juin 2017 à l'attention du médecin-conseil de U._____ Assurances (AI pce 39 p. 271), V._____ (psycho et somatothérapeute ; ci-après : V._____) atteste recevoir la recourante en psychothérapie depuis le 15 juin 2017 à raison de deux séances par mois pour l'aider à surmonter le choc post-traumatique occasionné par l'accident de moto qu'elle a subi. Indiquant que l'assurée s'est rapidement investie dans son travail thérapeutique, le thérapeute précise qu'un suivi psychiatrique ne lui semble pas nécessaire, au jour de la rédaction du courrier.

B.f

B.f.a Mandaté par U._____ Assurances et l'OAI-B._____, le Dr W._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique ; ci-après : le Dr W._____) – qui a examiné l'assurée en date du 15 décembre 2017 – rend son rapport d'expertise le 30 janvier 2018 (AI pce 80).

Sur la base de son examen clinique et de l'étude des documents médicaux à sa disposition, le Dr W._____ retient les diagnostics suivants (p. 17 s.) :

- Status après accident de la voie publique en date du 11 décembre 2015 ayant entraîné :
 - une fracture diaphysaire transverse fermée du fémur gauche,
 - une fracture ouverte probablement de degré II selon Gustilo du tibia gauche, multifragmentaire, associée à une fracture transverse du péroné gauche à la jonction tiers moyen - tiers distal,
 - une triade externe malheureuse du genou droit, avec rupture complète condylienne du ligament latéral externe, déchirure complète du ligament croisé antérieur avec faisceau postérieur en nourrice sur le ligament croisé postérieur, ainsi qu'une contusion osseuse condylienne interne,
 - plaies multiples du membre inférieur gauche,
 - contusions multiples diffuses.

- Status après enclouage centro-médullaire du fémur gauche et mise en place d'un fixateur externe de la jambe gauche, le 11 décembre 2015.
- Status après ostéosynthèse de la fracture du péroné distal gauche et enclouage centro-médullaire du tibia gauche, après ablation du fixateur externe, le 20 décembre 2015.
- Status après réduction et ostéosynthèse d'un fragment libre par cerclage du tibia gauche et changement d'une vis de verrouillage distal, le 22 décembre 2015.
- Status après déverrouillage distal du clou centro-médullaire fémoral et proximal du clou centro-médullaire tibial, associé à une ablation du matériel opératoire du péroné distal et ostéotomie oblique médiodiaphysaire du péroné à gauche le 11 avril 2016.
- Status après plastie du ligament croisé antérieur au tendon rotulien et plastie du ligament latéral externe au tendon quadricipital, par arthroscopie et arthrotomie du genou droit, le 20 octobre 2016.
- Pseudarthrose partielle persistante du tibia gauche, entraînant des douleurs avec mauvais déroulement du pas et raideur des gastrocnémiens, aboutissant à une petite surcharge trochantérienne de la hanche sus-jacente et des lombalgies posturales sur hyperlordose.
- Légère limitation fonctionnelle et encore petit sentiment d'instabilité du genou droit, sur phénomènes de réadaptation et d'accoutumance non encore totalement survenus.

B.f.b En particulier, l'expert souligne que la situation n'est pas encore stabilisée au niveau du membre inférieur gauche, vu la problématique de pseudarthrose postérieure du tibia. Et le Dr W._____ d'écrire que cette stabilisation devrait survenir au plus tôt début 2018 en présence d'un CT-scan rassurant, voire 4 à 6 mois après une greffe osseuse, si cette dernière devient nécessaire (p. 19 du rapport). Par ailleurs, l'expert met en exergue l'importance du traumatisme, pouvant avoir entraîné un état de stress post-traumatique (p. 20 dernière phrase). De surcroît, le Dr W._____ n'exclut pas des complications tardives – sous forme d'arthrose secondaire au niveau de la cheville, du genou et/ou de la hanche à gauche –, à cause du choc à haute énergie subi par l'expertisée (p. 21).

B.f.c Compte tenu des séquelles accidentelles et d'une capacité nulle dans l'exercice de l'activité habituelle de cuisinière au jour de l'expertise (p. 27)

et probablement à vie (p. 36), l'expert est d'avis qu'il est impératif d'envisager un reclassement professionnel dans une activité adaptée, qui doit se passer essentiellement en position semi-assise, sans déplacement trop fréquent sur des sols irréguliers, des pentes, des escaliers ou des échelles et sans port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive. Et le Dr W._____ d'ajouter qu'un tel reclassement n'est envisageable qu'à partir de l'été – voire de l'automne – 2018, une fois la situation médicale stabilisée (p. 22). L'expert précise que, normalement, après une nouvelle formation et un temps d'adaptation lié au reconditionnement, l'expertisée devrait pouvoir retrouver une capacité pleine et entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles susdites, sans aucune baisse de rendement significative (p. 27 du rapport).

B.g Dans son rapport du 14 mars 2018 (AI pce 86), le Dr X._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie ; ci-après : le Dr X._____) fait notamment état d'une évolution radiologique clairement favorable avec consolidation du tibia gauche, bien que la patiente ait encore des douleurs dans la zone fracturaire qui sont pénibles et qui se manifestent par un œdème et une boiterie en fin de journée. Concernant l'ablation des clous du fémur et du tibia, le médecin souhaite, au vu des douleurs persistantes, attendre encore jusqu'à l'été, précisant que l'ablation du matériel pourrait se faire en automne 2018, si la patiente le souhaite.

B.h Dans son rapport du 27 mars 2018 (AI pce 88), la Dre Y._____ (médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité [SMR] ; ci-après : la Dre Y._____) se réfère au rapport d'expertise du 30 janvier 2018 et mentionne une capacité de travail de 100 % dans l'exercice d'une activité adaptée à partir du printemps 2018 ou plus tard en 2018.

B.i Par communication du 9 avril 2018 (AI pce 90), l'OAI-B._____ octroie à l'assurée une orientation professionnelle auprès du Centre Z._____ (ci-après : Z._____) de (...) du 9 avril 2018 au 6 juillet 2018. Cette mesure sera prolongée jusqu'au 9 novembre 2018 (cf. communication de l'OAI-B._____ du 6 juillet 2018 [AI pce 109]).

B.j Dans son rapport du 26 juin 2018 (AI pce 113 p. 521), le Dr X._____ précise notamment que les séances de physiothérapie amènent un soulagement global au niveau des douleurs affectant le genou droit et que la seule localisation douloureuse reste le tendon rotulien, site du prélèvement du greffon pour la plastie du croisé, qui reste sensible.

B.k Dans son rapport du 10 juillet 2018 (AI pce 113 p. 519), le Dr X._____ se réfère au compte-rendu relatif au CT-Scan de la jambe gauche du 3 juillet 2018 – mettant notamment en relief la persistance de douleurs au site fracturaire – et fait état d'une évolution clairement favorable, dès lors que le scanner montre une consolidation de la fracture du tibia. Aussi, le médecin est d'avis que le matériel d'ostéosynthèse impliquant le fémur et le tibia peut être enlevé. Lors de l'intervention, l'exostose osseuse saillante sur la partie antéro-latérale du tibia, qui dérange la patiente, pourra être enlevée selon le médecin.

B.l Par communication du 17 décembre 2018 (AI pce 129), l'OAI-B._____ informe l'assurée de la prise en charge des coûts d'un reclassement en qualité d'employée de commerce auprès de Z._____ de (...), du 7 janvier 2019 au 31 décembre 2019. En date du 6 décembre 2019 (AI pce 154), l'Office AI cantonal communique à l'assurée que le reclassement est aussi octroyé pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 juillet 2020.

B.m Par courriel du 14 janvier 2019 (AI pce 130), l'assurée informe notamment l'OAI-B._____ qu'une nouvelle intervention chirurgicale aura lieu en date du 25 janvier 2019. Par ailleurs, dans son courriel du 1^{er} mai 2019 (AI pce 140), l'intéressée communique à l'OAI-B._____ que l'opération du 25 janvier s'est très bien déroulée, bien qu'elle ressente encore des douleurs dans les jambes et dans les genoux, ainsi que dans le bas du dos.

B.n Dans son rapport du 14 janvier 2020 (AI pce 159 p. 615), le Dr X._____ fait notamment état d'une situation globalement plutôt favorable d'un point de vue orthopédique, malgré les douleurs lombaires et bien que les genoux soient encore un peu sensibles.

B.o Par communication du 2 juillet 2020 (AI pce 176), l'OAI-B._____ informe la recourante de la prise en charge des coûts d'une deuxième année de CFC d'employée de commerce auprès de Z._____ de (...), du 1^{er} août 2020 au 31 juillet 2021. En date du 18 juin 2021 (AI pce 192), l'OAI-B._____ communique à l'intéressée que les coûts d'une troisième année de CFC d'employée de commerce, du 1^{er} août 2021 au 31 juillet 2022, seront aussi pris en charge.

B.p Dans son rapport final MOP [mesures d'ordre professionnel] du 15 août 2022 (AI pce 217), l'OAI-B._____ indique que l'assurée a terminé avec succès son reclassement aboutissant à l'obtention du CFC d'employée de commerce au 31 juillet 2022. Et l'auteur du rapport de préciser

qu'il n'y a pas d'invalidité résiduelle à prendre en compte au terme des mesures de réadaptation.

B.q Faisant suite au projet de décision de l'OAI-B. _____ du 7 septembre 2022 (AI pce 222), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité précédente) alloue à la recourante, par décision du 14 novembre 2023 (annexe à TAF pce 1), une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2017 au 31 juillet 2018. Précisant qu'aucune rente ne peut être versée du mois d'août 2018 au mois de décembre 2018, compte tenu des indemnités journalières versées durant cette période, l'OAIE indique que le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % est reconnu (sous réserves d'indemnités journalières perçues) du 1^{er} octobre 2017 au 31 décembre 2018 et que d'autres mesures professionnelles ne sont pas nécessaires. Estimant qu'en bonne santé la recourante aurait travaillé à 100 % (méthode de comparaison des revenus [cf. ci-dessous, consid. 6.4]), l'autorité inférieure indique que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité lucrative à compter du 11 décembre 2015, alors que, dans une activité lucrative adaptée, la capacité de travail est entière dès le 1^{er} octobre 2018, dès lors que l'état de santé s'est amélioré. Compte tenu de cette pleine capacité de travail dans une activité adaptée, le degré d'invalidité n'est que de 15 % à compter du 1^{er} octobre 2018. Et l'OAIE d'ajouter que, à l'échéance des mesures de réadaptation, ayant abouti à l'obtention d'un CFC d'employée de commerce au 31 juillet 2022, le degré d'invalidité est nul (0 %).

C.

C.a Par acte du 18 décembre 2023, la recourante, sous la plume de Me Micheal Anders, interjette recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans) contre la décision de l'autorité précédente du 14 novembre 2023 (TAF pce 1). En particulier, la recourante indique que ses lombalgies se sont accentuées suite à sa reconversion professionnelle, précisant qu'aucun médecin ne l'avait évaluée en termes d'aptitude à un travail de bureau. Mettant notamment en exergue une situation médicale non stabilisée, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} octobre 2018. Requérançant préalablement d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, la recourante conclut à l'annulation de la décision attaquée en tant qu'elle met un terme aux prestations au 30 septembre 2018 et à l'octroi de prestations au-delà de cette date. A l'appui de son recours, l'intéressée transmet au Tribunal le rapport de la Dre AA. _____ (médecin généraliste ; ci-après : la Dre

AA. _____) du 28 août 2023 concernant l'IRM de l'épaule droite mettant notamment en exergue une manœuvre de Gerber impossible. De plus, la recourante produit le rapport du Dr BB. _____ (radiologue ; ci-après : le Dr BB. _____) du 27 septembre 2023, faisant notamment état d'une patiente présentant des lombalgies invalidantes vécues de manière permanente et aggravées par l'activité et d'une IRM retrouvant essentiellement un listhésis L5-S1 de grade I sur double lyse isthmique L5 avec discopathie circonférentielle, et Modic de grade II en L4-L5 avec discopathie érosive et déchirure de l'anneau discal fibreux en L3-L4 postérieur. En outre, la recourante annexe à son mémoire de recours le rapport du Dr CC. _____ (radiologue ; ci-après : le Dr CC. _____) relatif à l'IRM d'épaule droite du 4 octobre 2023, mettant en exergue des manifestations inflammatoires peu importantes des tendons infra-épineux et subscapulaire avec petit clivage de ce dernier, et l'absence d'amyotrophie.

C.b Par courrier spontané du 24 avril 2024 (TAF pce 10), la recourante transmet au Tribunal de céans les pièces suivantes :

- prescription de physiothérapie du 19 avril 2024 du Dr DD. _____ (chef de clinique auprès du Service d'anesthésiologie des Hôpitaux D. _____ ; ci-après : le Dr DD. _____) ;
- rapport du Dr EE. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur ; ci-après : le Dr EE. _____) du 24 avril 2024, faisant notamment état d'une patiente qui se plaint d'une fatigue généralisée, d'une baisse très marquée de l'endurance et de douleurs et de raideurs ostéoarticulaires diffuses. Par ailleurs, le Dr EE. _____ met en exergue une instabilité chronique, post-traumatique de l'articulation scapulo-humérale à droite, des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche, précisant que le genou gauche est également douloureux. En outre, le médecin mentionne des troubles psychiatriques post-traumatiques à faire évaluer par un spécialiste ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique à faire évaluer par un spécialiste également. Et le Dr EE. _____ d'ajouter que la patiente ne peut effectuer qu'un travail sédentaire, avec des périodes de changement de position régulière et en limitant le port de charges notamment ; aussi, le médecin retient, au jour de son examen, une diminution de rendement de 50 %, avec une perspective de stabilisation autour de 25 % dans les six mois.

C.c Par courrier spontané du 13 mai 2024 (TAF pce 12), la recourante transmet au Tribunal le rapport du Prof. FF. _____ (médecin adjoint

agrégé, responsable d'unité au Service d'anesthésiologie des Hôpitaux D._____, ci-après : le Prof. FF._____) et du Dr DD._____ du 24 avril 2024 retenant en particulier le diagnostic de douleurs chroniques et précisant que les douleurs qui dérangent le plus l'assurée sont au niveau du tibia gauche et de la cheville droite. Par ailleurs, les médecins soulignent que les douleurs réveillent l'assurée durant la nuit.

C.d Dans sa réponse du 10 juin 2024 (TAF pce 17), l'OAIE se réfère à la prise de position de l'OAI-B._____ du 27 mai 2024 pour conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En particulier, l'Office AI cantonal indique que les pièces médicales produites par la recourante éludent la question de la capacité de travail dans une activité adaptée et qu'elles ne font pas état de limitations fonctionnelles objectivables nouvelles qui rendraient une telle activité impossible. Et l'OAI-B._____ d'ajouter qu'une activité sédentaire, avec possibilité de changer les positions selon les besoins de l'assurée demeure médicalement possible. Aux yeux de l'Office AI du canton B._____, les nouvelles pièces médicales ne font pas état d'une modification notable de la situation. A l'appui de sa prise de position, l'OAI-B._____ produit les appréciations de la Dre GG._____ (médecin auprès du SMR ; ci-après : la Dre GG._____) des 10 avril 2024 et 27 mai 2024. En particulier, dans sa prise de position du 27 mai 2024, la Dre GG._____ indique que, dans son rapport du 24 avril 2024, le Dr EE._____ n'explique pas de manière claire et circonstanciée les raisons de la diminution de rendement de 50 %. Se référant au rapport du Prof. FF._____ et du Dr DD._____ du 24 avril 2024, la Dre GG._____ souligne que ces médecins recommandent de consulter un psychiatre. En conclusion, le médecin du SMR retient que dans une activité sédentaire et sans efforts physiques, où l'assurée puisse changer de position à sa guise, la capacité de travail médico-théorique reste entière dès 2018, dès lors que la situation médicale était suffisamment stabilisée afin que l'assurée puisse entamer des mesures d'ordre professionnel à plein temps, mesures qu'elle a terminées avec succès au 31 juillet 2022. En outre, dans son appréciation du 10 avril 2024, la Dre GG._____ se réfère aux rapports du Dr BB._____ du 27 septembre 2023 et de la Dre AA._____ du 4 (recte : 28) octobre 2023 et indique que ceux-ci ne se prononcent pas sur la capacité de travail dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée.

C.e Par courrier spontané du 13 juin 2024 (TAF pce 19), la recourante transmet au Tribunal les pièces suivantes :

- rapport du Prof. FF. _____ et du Dr DD. _____ du 28 mai 2024, posant le diagnostic de douleurs chroniques, avec douleurs neuropathiques post-traumatiques, gonalgies et douleurs à la cheville droite persistantes malgré la greffe des ligaments croisés du genou droit, meralgies gauches persistantes malgré le clou gamma au fémur gauche, douleurs au tibia gauche persistantes malgré l'ostéosynthèse au niveau du péroné distal gauche, coxalgies gauches, pygalgies gauches, lombalgies avec sciatalgies bilatérales tronquées aux genoux, omalgies droites. Dans leur rapport, les médecins font état des plaintes exprimées par l'assurée, en particulier des douleurs qu'elle ressent au niveau du genou et de la cheville à droite et du tibia gauche, et ils soulignent qu'elle a repris le travail à 100 % depuis un mois. Les médecins ajoutent que la patiente marche avec une canne et est obligée de se faire aider pour les courses. De plus, les auteurs du rapport médical soulignent que le score d'anxiété (17/21) et de dépression (13/21) du questionnaire HAD (« Hospital Anxiety and Depression ») sont indicatifs d'un état anxio-dépressif. Et les médecins des Hôpitaux D. _____ d'ajouter que le score du questionnaire « Pain Catastrophizing Scale » (31/52) montre un mécanisme de catastrophisation important. Par ailleurs, les médecins proposent la poursuite d'une prise en charge multimodale avec une approche médicamenteuse, psychologique, physique et interventionnelle en second temps ;
- décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du (...) du 31 mai 2024, reconnaissant à l'intéressée la qualité de travailleur handicapé du 31 mai 2024 au 30 mai 2025.

C.f Dans sa réplique du 16 août 2024 (TAF pce 22), la recourante indique notamment travailler à plein temps comme magasinière chez HH. _____ AG depuis le 1^{er} avril 2024. Par ailleurs, mettant en exergue le fait que le travail s'avère douloureux, l'intéressée indique consulter les Hôpitaux D. _____ depuis le 19 avril 2024, et précise avoir reçu des soins d'ostéopathie et de médecine naturelle contre la douleur antérieurement à sa prise d'emploi. De plus, la recourante écrit qu'elle débutera une psychothérapie en septembre 2024. Et la recourante de reprocher au Dr W. _____ de ne pas avoir saisi l'ampleur des conséquences sur la santé et sa réelle capacité de travail à la suite de l'accident du 11 décembre 2015. A l'appui de sa réplique, la recourante produit notamment les nouvelles pièces suivantes :

- notes d'honoraires d'ostéopathie des 15 août 2023 et 24 juillet 2024 ;
- notes d'honoraires de naturopathie des 12 septembre 2023 et 29 janvier 2024 ;
- factures d'acupuncture des 10 et 23 novembre 2023 ;
- rapport du Prof. FF._____ et du Dr DD._____ du 13 juin 2024 mentionnant de nouveau le diagnostic de douleurs chroniques ;
- ordonnance du Dr DD._____ du 2 août 2024 (prescription de Duloxétine Cymbalta [anti-dépresseur]) ;
- convocation à une consultation d'antalgie en date du 4 octobre 2024.

C.g Dans sa duplique du 23 septembre 2024 (TAF pce 24), l'autorité inférieure se réfère à la prise de position de l'OAI-B._____ du 16 septembre 2024 et confirme ses précédentes conclusions. Dans sa prise de position précitée, l'OAI-B._____ souligne que les nouvelles pièces produites ne rapportent aucun nouvel élément médical et qu'aucun suivi ni consultation psychiatrique n'a attesté d'incapacité de travail.

C.h Par ordonnance du 24 septembre 2024 (TAF pce 25), le Tribunal porte un double de la duplique de l'OAIE et de son annexe à la connaissance de la recourante et signale que l'échange d'écritures est en principe clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction.

C.i Par ordonnance du 29 novembre 2024 (TAF pce 26), le Tribunal de céans donne à la recourante la possibilité de retirer son recours, compte tenu du risque de *reformatio in pejus* à la suite du présent arrêt. L'intéressée n'a pas donné suite à l'ordonnance précitée dans le délai imparti au 6 janvier 2025.

D.

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

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en

relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

1.2 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). 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 fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Par ailleurs, il sied de préciser que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, domiciliée en France voisine et ayant travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. ci-dessus, let. A ; AI pce 5), la recourante doit être qualifiée de frontalière, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI-B. _____ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

1.4 Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA) le recours est recevable.

2.

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 14 novembre 2023, par laquelle l'OAIE a reconnu le droit à une rente entière en faveur de la recourante – basée sur un degré d'invalidité de 100 % et sous réserves d'indemnités journalières perçues – du 1^{er} octobre 2017 au 31 décembre 2018, et rejeté l'octroi d'autres mesures professionnelles.

3.

Le Tribunal administratif fédéral 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 (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, n° 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 n° 1.55).

4.

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

4.2 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, est domiciliée en France, est assurée à l'AVS/AI suisse et demande l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les

règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Il sied de souligner encore que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont donc pas liées par les décisions des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

4.3 Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au RAI (RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance, au sens de l'art. 29 LAI (cf. ci-dessous, consid. 6.5), à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} janvier 2024, ch. 9100 ; Circulaire de l'OFAS relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état le 1^{er} janvier 2025, ch. 1007 à 1010).

Lorsqu'il s'agit du premier octroi d'une rente limitée dans le temps, il convient d'établir quand s'est produite la modification déterminante, dont la date est déterminée selon l'art. 88a RAI (cf. ci-dessous, consid. 6.6). Si la modification déterminante s'est produite avant le 1^{er} janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent. Si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 qui s'appliquent (CIRAI, ch. 9102).

En l'espèce, le droit à la rente peut prendre naissance au plus tôt le 1^{er} octobre 2017, soit six mois après le dépôt de la demande (art. 29 LAI ; cf. ci-dessous, consid. 6.5). Quant à la modification déterminante, elle se

produirait, si elle était avérée, le 31 décembre 2018 (cf. ci-dessus, consid. 2). La présente cause doit donc être examinée au regard des normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4.4 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 14 novembre 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 14 novembre 2023 (cf. ci-dessus, let. C.b, C.c, C.e et C.f) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

5.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). En l'espèce, la recourante a versé, avant la survenance de l'invalidité – soit au 11 décembre 2016 (cf. ci-dessous, consid. 6.1 ss) –, des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse pendant 32 mois (de mai 2013 à décembre 2015 ; cf. p. 5 de la décision entreprise). De plus, le formulaire E205 FR (AI pce 248) mentionne des périodes d'assurance en France en 2009 (1 trimestre), 2010 (1 trimestre), 2011 (4 trimestres), 2012 (4 trimestres) et 2013 (2 trimestres). La recourante remplit donc la condition de l'art. 36 al. 1 LAI. Reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse.

6.

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

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

6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

6.4 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la

méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (voir notamment arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2).

S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGa, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

6.5 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

6.6 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGa). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (arrêts du TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 ; 9C_315/2018 du 5 mars 2019 consid. 6.3.2.1, in : SVR 2019 IV n° 76 p. 243 ; 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 3.1, non publié in : ATF 139 V 585, mais in : SVR 2014 UV n° 7 p. 21). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office AI alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références citées).

7.

7.1 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, op. cit., 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). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (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 : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

7.2 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 (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées).

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 (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.1.2 et 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

7.3 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.3.1 Ainsi, 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. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 n° 33).

7.3.2 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous

l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

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

7.3.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGA est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation d'un expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du TF 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1).

8.

En l'espèce, dans sa décision, l'OAIE reconnaît une invalidité totale (100 %) à compter du 11 décembre 2015 – justifiant l'octroi d'une rente entière six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI précité [ci-dessus, consid. 6.5]) – soit à compter du 1^{er} octobre 2017, et ce jusqu'à l'amélioration de l'état de santé, survenue, selon l'autorité précédente, en date du 1^{er} octobre 2018, entraînant la fin du droit à la rente au 31 décembre 2018, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (cf. ci-dessus, consid. 6.6). Il convient de se pencher, dans un premier temps, sur la période du 11 décembre 2015 au 30 septembre 2018.

8.1 Comme illustré ci-dessus (let. B.f.a), une expertise orthopédique a été mise en œuvre pour fixer la capacité de travail de l'assurée. Il s'agit ainsi de déterminer si l'expertise du Dr W. _____ permet notamment de retenir une incapacité de travail totale dans l'exercice de toute activité lucrative, étant précisé que c'est à bon droit que l'autorité précédente a évalué l'invalidité selon la méthode de comparaison des revenus (cf. ci-dessus, consid. 6.4). En effet, bien que l'assurée n'ait travaillé qu'à 80 %, juste avant son accident du 11 décembre 2015, auprès de l'entreprise R. _____ SA (cf. ci-dessus, let. B.b et AI pce 16), ce dernier employeur indique, dans son courrier du 18 août 2017 (AI pce 38), qu'il était prévu de mettre la recourante en contact avec l'agence de placement temporaire de l'employeur pour qu'elle puisse effectuer des missions pour un équivalent de 20 %, lui permettant ainsi de travailler à plein temps.

8.2

8.2.1 Dans son rapport d'expertise du 30 janvier 2018, le Dr W._____, après avoir procédé à l'anamnèse de la patiente – mettant notamment en relief l'absence de pathologie médicale particulière et d'hérédopathie – décrit le déroulement de l'accident du 11 décembre 2015, à propos duquel l'expertisée précise qu'une fois percutée par le véhicule, elle a passé par-dessus ce dernier et a terminé dans une haie (p. 2 s. du rapport). Le médecin décrit également les interventions subies par la recourante juste après l'accident et les suites opératoires – qualifiées de simples –, et ce sur la base des protocoles et pièces médicales (tels qu'IRM et avis orthopédiques spécialisés) présents au dossier notamment (p. 4 s. du rapport d'expertise). Décrivant et commentant les documents médicaux relatifs aux membres inférieurs de l'expertisée, le médecin se penche également sur les interventions effectuées dès 2016 (cf. p. 5 s. du rapport), et indique également que la patiente a été prise en charge en psychothérapie (p. 9). Par ailleurs, l'expert énumère les plaintes actuelles exprimées par l'intéressée, caractérisées par des limitations au niveau de la position assise et debout, de la marche, un sommeil perturbé – la patiente devant notamment prendre des somnifères pour s'endormir (p. 32 du rapport) –, des douleurs du membre inférieure gauche (entre 3 et 6 sur une échelle de 10) – l'obligeant à prendre des dérivés du Tramadol – et une diminution de stabilité du genou droit (p. 10 s. du rapport). Au sujet du status (p. 11 du rapport), l'expert fait état d'une assurée en bon état général, qui a dû se lever après une heure d'entretien, qui a de la difficulté à se mettre sur la pointe des pieds et à s'accroupir (l'accroupissement n'étant possible qu'à environ 90° de flexion des genoux). Et le médecin de préciser que, sur le plan neurologique, tous les signes de Lasègue sont négatifs et de relater une zone d'hypo-dysesthésie antéro-interne de la jambe gauche (p. 14). Sur le plan cutané, le Dr W._____ mentionne en particulier la présence de trois grandes cicatrices au niveau du membre inférieur gauche, dont une – située à la jonction tiers moyens - tiers distal de la jambe – est douloureuse à la palpation, et de deux cicatrices chirurgicales du côté droit (p. 14). De surcroît, l'expert décrit et interprète les radiographies présentes au dossier effectuées entre le jour de l'accident et le 28 juin 2017 (p. 15 à 17).

8.2.2 Dans la partie « discussion » de son rapport d'expertise, le Dr W._____ fait notamment état d'une jambe gauche dont la consolidation n'est pas acquise – comme cela ressort du CT-scan effectué à fin juin 2017 – à cause d'un défaut osseux essentiellement postérieur, pouvant nécessiter une greffe osseuse (p. 19).

8.2.3 En outre, l'expert ajoute que, en dehors de la problématique de pseudoarthrose postérieure du tibia gauche – empêchant la stabilisation de la situation – , une fois que la fracture de cet os sera consolidée de manière certaine, il faudra prévoir l'ablation des deux clous centro-médullaires fémoro-tibiaux, ainsi que des vis de verrouillage encore présents. En ce qui concerne le genou droit, l'évolution est tout à fait favorable selon l'expert, malgré quelques degrés de limitation en flexion et en recurvatum (p. 20). Quant aux douleurs résiduelles, le médecin est d'avis qu'elles devraient finir par s'estomper et être peu gênantes, dès que la patiente aura retrouvé un appui correct et physiologique sur le membre inférieur gauche.

8.2.4 Mettant également en exergue des lombalgies fonctionnelles, le Dr W._____ indique qu'il est important de travailler sur la posture de l'expertisée en physiothérapie (p. 20). Au-delà du problème orthopédique, le médecin rappelle la présence d'hypo-dysesthésies affectant essentiellement la jambe gauche, probablement liées à des écrasements des terminaisons nerveuses de certains nerfs sensitifs, et craint que la patiente va garder de petites séquelles à vie. Et l'expert d'ajouter que, pour ce qui est du genou droit, au vu de la triade externe malheureuse et malgré le fait qu'une plastie des ligaments a été effectuée à satisfaction, il y a un risque d'arthrose secondaire pouvant être estimée à 50 % au long cours (p. 21).

8.2.5 Le Dr W._____ souligne en particulier que ce n'est qu'après un reclassement professionnel dans une activité adaptée que l'on peut raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle reprenne complètement le travail (p. 28). En conclusion, l'expert retient une capacité de travail de 0 % dans l'exercice de toute activité lucrative depuis l'accident et jusqu'au jour de l'expertise (p. 36). Au jour de l'expertise, soit au 15 décembre 2017, le Dr W._____ fait état d'une patiente qui n'est pas à même de porter des poids tels qu'achats, poubelles ou rangements sur de longues distances ou de manière répétitive, précisant qu'elle a encore besoin de ses cannes parfois à l'extérieur (p. 38). Par contre, l'expert affirme qu'une fois la situation stabilisée, l'intéressée pourra porter ses achats sur une courte distance et, pour autant qu'ils ne dépassent pas 10-15 kg., elle pourra aussi sortir les poubelles ou faire des rangements, dans le respect de ses limitations fonctionnelles (cf. ci-dessus, let. B.f.c ; p. 39 du rapport).

8.3

8.3.1 Le Tribunal de céans n'a aucune raison pour s'écarter des conclusions de l'expert en ce qui concerne l'incapacité de travail de la recourante jusqu'au jour de l'examen effectué par le Dr W._____, étant rappelé que

ni l'OAIE ni l'assurée ne contestent ce point. En effet, aucune des pièces présentes au dossier et énumérées ci-dessus ne contredisent valablement l'appréciation orthopédique faite par l'expert – jusqu'au jour de l'expertise –, ce dernier ayant procédé à un examen exhaustif, sur la base d'un dossier médical complet, ainsi que des plaintes et de l'anamnèse de l'assurée. En particulier, s'il est certes vrai que le Dr S._____, dans son rapport du 26 juin 2017 (cf. ci-dessus, let. B.d), mentionne une capacité de travail de 50 % dans l'exercice d'une activité adaptée, il n'en demeure pas moins que ce médecin n'est pas spécialisé en orthopédie et que son examen sommaire et son avis insuffisamment motivé ne permettent pas de remettre en question l'appréciation du Dr W._____, qui a procédé à une expertise respectant les exigences jurisprudentielles. Ainsi, le Tribunal retient que le polytraumatisme subi par la recourante en date du 11 décembre 2015 – dûment documenté par des pièces médicales mettant notamment en exergue l'impact de l'accident sur les membres inférieurs de la recourante, les opérations chirurgicales auxquelles elle a dû se soumettre et les séquelles douloureuses du traumatisme, traitées par opiacés – a empêché l'assurée d'exercer toute activité lucrative au moins jusqu'au jour de l'expertise précitée. Reste à examiner si, comme le soutient l'OAIE, cet empêchement a pris fin le 1^{er} octobre 2018.

8.3.2

8.3.2.1 Le Tribunal constate que, lors de la notification de la décision litigieuse, aucun médecin du SMR n'a pris position pour confirmer que, en date du 1^{er} octobre 2018, une amélioration de l'état de santé, justifiant une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée, a eu lieu. En effet, la dernière appréciation d'un médecin du SMR antérieure à l'envoi de la décision dont est recours date du 27 mars 2018 (cf. ci-dessus, let. B.h). Ce n'est que dans le cadre de l'actuelle procédure de recours qu'un médecin du SMR, soit la Dre GG._____ (cf. ci-dessus, let. C.d), confirme le bien-fondé des incapacités de travail retenues par l'autorité précédente. Ainsi, il est pour le moins surprenant que l'OAIE ait retenu, dans la décision litigieuse, une amélioration de l'état de santé de la recourante survenue au mois d'octobre 2018, soit plus de 5 ans avant la notification de la décision entreprise et postérieurement à l'expertise effectuée par le Dr W._____, sans demander un nouvel avis auprès du Service médical régional, dont la tâche est d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (art. 49 al. 1 1^{re} phr. RAI). En tout état de cause, il s'agit en particulier de déterminer si les prises de position de la Dre GG._____ en procédure de recours et les autres pièces du dossier permettent de confirmer la durée limitée dans le temps de l'incapacité de

travail de la recourante dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé.

8.3.2.2 Pour justifier sa position, le médecin du SMR insiste en particulier sur le fait que la recourante a pu participer à des mesures d'ordre professionnel à plein temps, sans expliciter en quoi consiste, du point de vue médical, la stabilisation de l'état de santé de la recourante, qui serait survenue le 1^{er} octobre 2018. Or, comme le relève par ailleurs le médecin du SMR, le Dr W. _____ a indiqué, dans son rapport d'expertise, que la capacité de travail dans une activité adaptée serait à réévaluer en fonction de l'évolution de l'état de santé de la recourante (cf. avis médical de la Dre GG. _____ du 10 avril 2024). En effet, comme illustré plus haut (cf. let. B.f.b), l'expert a mis en exergue la non stabilisation de la situation au jour de l'expertise, compte tenu en particulier de la problématique de pseudarthrose postérieure du tibia gauche, ajoutant qu'une stabilisation pourrait intervenir au début de l'an 2018, en présence d'un CT-scan rassurant, ou alors entre 4 et 6 mois après une greffe osseuse, si celle-ci devenait nécessaire (p. 19 du rapport).

Par ailleurs, l'expert met en exergue l'importance du traumatisme, pouvant avoir entraîné un état de stress post-traumatique (p. 20 dernière phrase). De surcroît, le Dr W. _____ n'exclut pas des complications tardives – sous forme d'arthrose secondaire au niveau de la cheville, du genou et/ou de la hanche à gauche –, compte tenu du choc à haute énergie subi par l'expertisée (p. 21).

Au-delà du problème orthopédique, le médecin rappelle la présence d'hypo-dyesthésies affectant essentiellement la jambe gauche, probablement liées à des écrasements des terminaisons nerveuses de certains nerfs sensitifs, et craint que la patiente va garder de petites séquelles à vie.

8.3.2.3 Le Tribunal constate en particulier que, s'il est certes vrai que le rapport du Dr X. _____ du 14 mars 2018 (cf. ci-dessus, let. B.g) fait état d'une évolution radiologique favorable, il n'en demeure pas moins que le médecin met en exergue la présence de douleurs persistantes. De surcroît, lorsqu'il se réfère au CT-Scan du membre inférieur gauche du 3 juillet 2018 (cf. ci-dessus, let. B.k), le Dr X. _____ insiste de nouveau sur la persistance des douleurs, malgré la consolidation de la fracture du tibia. En outre, le Tribunal ignore la nature de l'intervention que la recourante dit avoir subie au mois de janvier 2019 (cf. ci-dessus, let. B.m), l'autorité inférieure s'étant abstenue de demander les pièces médicales relative à cette opération. Par ailleurs, le rapport du Dr X. _____ du 14 janvier 2020 (cf. ci-

dessus, let. B.n) ne permet pas d'en apprendre davantage sur l'état post-opératoire de l'assurée et sur la capacité de cette dernière à accomplir une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8.3.2.4 Sur le vu de ce qui précède, lors de la notification de la décision litigieuse, l'autorité inférieure ne pouvait retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la recourante, lui permettant d'exercer à temps plein une activité lucrative adaptée à son état de santé et ce depuis le mois d'octobre 2018. En particulier, contrairement à ce que laisse entendre l'autorité inférieure (cf. ci-dessus, let. B.p et C.d), le fait que la recourante ait suivi et mené à terme sa formation – prise en charge par l'Al – d'employée de commerce n'est pas un élément suffisant pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une stabilisation de l'état de santé ait eu lieu en octobre 2018, à défaut d'examens médicaux établis en temps réel et pouvant attester l'amélioration de la capacité de travail de l'intéressée.

Il convient par ailleurs de préciser que le cadre pathologique mis en exergue par les pièces du dossier, tant sur le plan somatique – vu la présence d'hypo-dyesthésies – qu'au niveau psychiatrique – compte tenu de la suspicion d'état de stress post-traumatique –, aurait dû inciter l'autorité inférieure à procéder à des examens complémentaires, sur le plan médical, étant au demeurant rappelé que le fardeau de la preuve incombe à l'Office Al lorsqu'une rente est supprimée (cf. ci-dessus, consid. 6.6). En particulier, l'absence de suivi psychiatrique lors de la notification de la décision litigieuse ne suffit pas à écarter la présence de troubles d'ordre psychiatrique qui auraient pu survenir à la suite du polytraumatisme subi par la recourante, comme cela a été mis en exergue par le médecin-conseil de l'assureur-accidents (cf. ci-dessus, let. B.c). En outre, le simple fait que le psycho et somatothérapeute, dans son rapport du 27 juin 2017 (cf. ci-dessus, let B.e) indique qu'un suivi psychiatrique ne lui semble pas nécessaire ne permet nullement de retenir l'absence de troubles psychiatriques en lien avec l'accident, étant précisé que l'auteur du rapport précité n'est pas médecin.

9.

Sur le vu de ce qui précède, l'autorité précédente a violé le droit fédéral en octroyant une rente d'invalidité limitée dans le temps, une amélioration de l'état de santé – permettant l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 % – ne pouvant être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante.

En ce qui concerne les pièces médicales postérieures à la décision litigieuse (cf. ci-dessus, let. C.b, C.c, C.e et C.f) dans la mesure où elles doivent être prises en compte car elles portent sur l'état de santé de la recourante tel qu'il était avant la date de la décision litigieuse et où elles n'ont pas de valeur probante (cf. ci-dessus, consid. 4.4), elles ne permettent notamment pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité de travail de la recourante dans des activités adaptées à son état de santé. En particulier, les nouvelles pièces médicales, si elles font certes état de la persistance de douleurs chroniques – notamment au niveau du tibia gauche et de la cheville droite – et d'une instabilité chronique de l'articulation de l'épaule droite, elles ne se prononcent pas clairement sur l'évolution de l'aptitude de l'intéressée à exercer une activité lucrative respectant ses limitations fonctionnelles. De surcroît, bien que le Dr EE. _____, dans son rapport du 24 avril 2024 (cf. ci-dessus, let. C.b), indique une capacité de travail de 50 % dans une activité légère et sédentaire, son appréciation ne permet pas de fixer comment et quand la capacité de travail de l'assurée s'est modifiée depuis l'accident de décembre 2015. Par ailleurs, comme le met en exergue le médecin, les troubles psychiatriques sont à évaluer par un spécialiste.

10.

Cela étant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires et qu'elle se prononce à nouveau sur la demande de prestations du 18 avril 2017. Pour ce faire, après avoir complété le dossier médical, en requérant notamment les rapports relatifs à l'intervention du mois de janvier 2019, l'autorité précédente mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, en Suisse, dans les disciplines de l'orthopédie, de la neurologie, de la psychiatrie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En particulier, l'expertise psychiatrique sera réalisée dans le respect de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux affections psychiques (ATF 143 V 418, 143 V 409 et 141 V 281).

11.

11.1 Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6.1). Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{re} phrase PA).

11.2 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, laquelle a mandaté un avocat pour la défense de ses intérêts. En l'absence d'un décompte de prestations de la part du mandataire, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de Fr. 2'800.-, ce qui rend sans objet la requête d'assistance judiciaire.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 14 novembre 2023 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Mattia Bernardoni

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :