



---

Cour III  
C-884/2021

## Arrêt du 8 juin 2023

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Michael Peterli, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France)  
représentée par Maître Sarah Braunschmidt Scheidegger,  
Zutter, Locciola, Buche & Associés, recourante,  
contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire  
(décisions du 18 janvier 2021).

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

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante, l'assurée, l'intéressée) – née en 1970, domiciliée en France et titulaire d'une licence en lettres de l'Université de (...) – a occupé en Suisse différentes fonctions dans le domaine de la gestion de projets. Dès juin 2014, elle était engagée en qualité de directrice de projets par l'employeur B. \_\_\_\_\_ SA à (...) (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 1, 12, 23). Dans ce contexte, elle a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 89 et 122).

Après avoir vu son contrat de travail être résilié pour le 31 mars 2015, la prénommée s'est inscrite à l'assurance-chômage dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 15, 49, 50 p. 358 et 55).

**B.**

Le 23 novembre 2015, l'assurée s'est annoncée à l'assureur-invalidité en vue d'une détection précoce, puis a déposé le 1<sup>er</sup> avril 2016 une demande de prestations en raison d'une allodynie du territoire du nerf médian de la main gauche (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 7 et 15).

**B.a** Selon la documentation médicale versée en cause, l'intéressée a été victime le 28 mars 2015 d'un accident au cours duquel elle s'est ouverte la palme de la main gauche, de la racine du pouce au centre de la paume (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 50 p. 359 s et 370).

Dans les suites de cet événement, le Dr D. \_\_\_\_\_ – spécialiste en médecine générale – a constaté le 19 mai 2015 que l'assurée présentait une cicatrice calme ainsi qu'une hypoesthésie du pouce gauche, excluant toute incapacité de travail en raison de cette atteinte (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 50 p. 361). Le 16 juin 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_ – spécialiste en chirurgie de la main – a prescrit pour une durée de trois mois un traitement à base d'ergothérapie, retenant comme diagnostics une plaie de la paume de la main gauche avec contusion du nerf collatéral ulnaire du pouce ; pour le surplus, ce médecin a noté une bonne évolution et a renoncé à attester une incapacité de travail, expliquant au demeurant ne pas craindre de dommage permanent en lien avec ses constatations (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 50 p. 357). Vu la persistance de douleurs au niveau de la base du pouce gauche, une IRM de la main gauche a été réalisée le 3 septembre 2015 et a documenté uniquement une ténosynovite du long fléchisseur du pouce et des fléchisseurs des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doigts (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 36 p. 191 et 50 p. 355). Le 27 octobre 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ – chirurgien orthopédique FMH et spécialiste de la main – a expliqué qu'après avoir observé une bonne évolution

de son atteinte, l'assurée a développé secondairement des douleurs, à type d'hypersensibilité cutanée dans le territoire du nerf médian, intéressant principalement le pouce et ses nerfs collatéraux, l'index au niveau du bord radial et du bord cubital ainsi que le 3<sup>ème</sup> doigt au niveau du bord cubital ; décrivant une main gauche exclue et très difficile à toucher compte tenu d'une hypersensibilité majeur de contact, le médecin traitant a prescrit un traitement par hypnose et a attesté une incapacité de travail complète dès le 8 octobre 2015 (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 9, 36 p. 193 et 50 p. 339 s ; cf. également rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 12 janvier 2016, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 50 p. 330 ainsi que rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2015, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 36 p. 192 et du Dr D. \_\_\_\_\_ du 7 juin 2016, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 36). De même, dans une prise de position du 29 octobre 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_ a reconnu à l'assurée une incapacité totale de travailler dès le 8 octobre 2015 en raison de douleurs au pouce de la main gauche avec apparition secondairement d'une allodynie (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 36 et 50 p. 337 ; cf. également rapports du Dr D. \_\_\_\_\_ des 8 octobre 2015 et 17 décembre 2015, AI-C. \_\_\_\_\_ pces 7 et 50 p. 244, 262 et 333 notamment). Cela étant, l'assurée a bénéficié d'indemnités-journalières complètes de l'assurance-accidents obligatoire dès le 8 octobre 2015 (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 69).

Dès novembre 2015, l'assurée a bénéficié d'un traitement d'hypnothérapie auprès du Dr H. \_\_\_\_\_, anesthésiste. Dans des rapports des 19 janvier et 22 février 2016, ce médecin a rapporté que sa patiente se plaignait de douleurs lancinantes apparues progressivement suite à l'accident de mars 2015, d'intensité très forte, au niveau principalement des nerfs médian, radial et cubital de la main gauche. Décrivant un examen clinique difficile en raison d'une allodynie importante et excluant au demeurant tout signe d'atteinte psychique, le Dr H. \_\_\_\_\_ a qualifié les douleurs de l'assurée comme étant vraisemblablement de nature neuropathique et liées au traumatisme de la main gauche. Aussi a-t-il tenu pour très difficile de se prononcer sur l'évolution et la durée attendue des symptômes, la récupération des lésions neurologiques pouvant être extrêmement lente (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 36 p. 194 ss et 50 p. 319 et 332). Suite à plusieurs infiltrations pratiquées en juin 2016 (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 50 p. 232 et 289 entre autres) et après avoir fait réaliser un examen auprès du Dr I. \_\_\_\_\_, neurologue, – qui évoque, au regard d'une IRM qualifiée de normale ainsi que d'un ENMG montrant des signes d'une atteinte des deux nerfs médians aux tunnels carpiens, un syndrome douloureux régional complexe de la main gauche à l'origine de douleurs d'allure neurogène (rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 26 avril 2016, AI-C. \_\_\_\_\_ pces 36 p. 199 et 50 p. 275) – le Dr

H.\_\_\_\_\_ a observé dans un rapport du 20 juin 2016 que l'assurée présentait une allodynie importante au niveau de la main gauche, avec une sensibilité et une motricité conservées, bien que limitées par une symptomatologie algique en aggravation (AI-C.\_\_\_\_\_ pce 50 p. 234 s ; cf. également rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 22 août 2016, AI-C.\_\_\_\_\_ pce 50 p. 254 ainsi que AI-C.\_\_\_\_\_ pce 50 p. 232).

Dans un rapport d'expertise du 26 juillet 2016 réalisé sur mandat de l'assureur-accidents (AI-C.\_\_\_\_\_ p. 50p. 245 ss) et après avoir requis certains renseignements auprès des médecins-traitants (cf. en particulier rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 27 juin 2016, AI-C.\_\_\_\_\_ pce 50 p. 279 s), le Dr J.\_\_\_\_\_ – spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique – a retenu au titre de diagnostics des séquelles de la plaie de la 1<sup>ère</sup> commissure de la main gauche, une allodynie, un syndrome du tunnel carpien bilatéral ainsi qu'une éventuelle main psychogène (« mains psychogène ? »). Cela étant, ce médecin a reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 40 %, jugeant pour le surplus indispensable de requérir l'avis d'un psychiatre afin qu'il se prononce sur la présence « d'une sinistrose, d'une simulation, de troubles factices, ou de troubles somatoformes » (AI-C.\_\_\_\_\_ pce 50 p. 265 ss et 315 s). Dans les suites de cette expertise, la symptomatologie de l'assurée a continué à se détériorer, avec l'apparition – à la suite d'infiltrations réalisées en juin 2016 – de nouvelles douleurs de type neurogène au niveau de la main gauche (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 22 août 2016, du Dr J.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2016 et Dr F.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2016, AI-C.\_\_\_\_\_ pce 50 p. 229, 232 et 254).

Dans une expertise neurologique également réalisée pour le compte de l'assureur-accidents, le Dr K.\_\_\_\_\_ – après avoir décrit les plaintes de l'assurée, qui se manifestent également sous la forme d'acouphènes – a posé les diagnostics de status après plaie de la main gauche et de status après infiltration du tunnel carpien gauche, excluant ainsi toute neuropathie chez l'assurée. Aussi ce neurologue a-t-il noté un fort contraste entre le comportement douloureux de l'assurée et l'absence de toute anomalie objective sur le plan neurologique, d'hypomyotrophie de la musculature de la main gauche ou de signe neurovégétatif (rapport du 4 mai 2017 et son complément du 18 mai 2017, AI-C.\_\_\_\_\_ pce 61).

**B.b** Le 2 mars 2017, alors qu'elle était au volant de son véhicule à une vitesse de l'ordre de 80 km/h, l'assurée a été victime d'une collision frontale à l'origine de contusions et de douleurs au thorax, au nez, à l'épaule droite, à la nuque ainsi qu'à la jambe droite (AI-C.\_\_\_\_\_ pce 69). Des incapa-

cités de travail complètes ont été attestées dans les suites de cet événement, pour lequel la Suva a accepté d'engager sa responsabilité en sa qualité d'assureur-accidents obligatoires des chômeurs (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 69 et 96 ; cf. également rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 22 janvier 2018).

Cela étant, une IRM de la cage thoracique réalisée le 5 juillet 2017 a permis d'exclure toute lésion traumatique du sternum, documentant exclusivement une disjonction chondro-sternale au niveau du premier arc à droite associée à une importante réaction inflammatoire (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 69). Aussi l'intéressée a-t-elle été adressée aux Hôpitaux universitaires M. \_\_\_\_\_ (ci-après : M. \_\_\_\_\_) en vue de mener certaines investigations en relation avec ses atteintes à la main gauche et au thorax (rapports respectifs des Drs N. \_\_\_\_\_, O. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ des 3 août, 16 août, 20, 26 septembre 2017 et 4 octobre 2017, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 69 ; cf. également rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2017, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 65). A la sortie d'un séjour du 27 octobre au 16 novembre 2017 durant lequel des consultations psychiatriques, un bilan angiologique, une électrocardiographie et un ultrason ont été réalisés, les Drs R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ – médecins auprès du Département de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie des HU M. \_\_\_\_\_ – ont retenu le diagnostic principal de déconditionnement sur douleur probablement neuropathique au membre supérieur droit en lien avec une pseudarthrose chondro-sternale de la 1<sup>ère</sup> côte droite d'une part et de probable syndrome douloureux régional chronique suite à une lésion de la main gauche en mars 2015 d'autre part. Au titre de diagnostic secondaire, les médecins consultés ont par ailleurs retenu une anxiété réactionnelle, attestant pour le surplus un arrêt complet du 27 octobre au 30 novembre 2017 (rapport du 9 novembre 2019, AI-C. \_\_\_\_\_ pces 69 et 73 ; cf. également rapports des HU M. \_\_\_\_\_ des 27 et 30 octobre, 7, 8, 9 novembre 2017, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 69). Après la réalisation d'une échographie le 1<sup>er</sup> décembre 2017, les Drs T. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ – rhumatologues auprès des HU M. \_\_\_\_\_ – ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche post-traumatique avec atteinte fonctionnelle non expliquée médicalement, proposant toutefois de compléter le bilan avec une scintigraphie osseuse de manière à écarter définitivement le diagnostic de CRPS (rapport du 6 décembre 2017, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 69).

Sur la base des résultats d'ultrasons réalisés en février 2018, le Dr V. \_\_\_\_\_ – médecin auprès du service de chirurgie de la main du CHU W. \_\_\_\_\_ – a considéré que l'assurée présentait un syndrome du tunnel carpien bilatéral ainsi qu'un syndrome du tunnel cubital bilatéral (entre

autres, AI-C. \_\_\_\_\_ pces 89 et 94). Par ailleurs, dans un rapport d'expertise du 24 février 2018 adressé à l'assureur-accidents, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a observé que l'assurée ne présentait aucun trouble psychique manifeste, excluant en particulier tout diagnostic de cette nature au sens de la CIM-10 ou du DSM 5 (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 89). Suite à la réalisation d'une scintigraphie osseuse ayant mis en évidence une discrète hyperfixation au niveau des os du carpe de la main droite et de l'articulation costo-claviculaire droite, le Dr Y. \_\_\_\_\_ – médecin d'arrondissement de la Suva spécialisé en chirurgie orthopédique – a observé que l'évolution de la lésion de la main gauche avait pris une « amplitude » très importante avec des symptômes « dépassant le cadre médical » et inexpliqué par le substrat objectif (rapports des 18 avril 2018 et 9 juillet 2018, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 89).

Du 1<sup>er</sup> au 24 mai 2018, l'assurée a séjourné à la Clinique de réadaptation Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique Z. \_\_\_\_\_) et a dans ce cadre été prise en charge par des spécialistes en médecine physique et de réadaptation, en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en ergothérapie et en physiothérapie. Selon le rapport de sortie du 3 juillet 2018, l'assurée a présenté dans les suites de l'événement du 2 mars 2017 une disjonction chondro-sternale du 1<sup>er</sup> arc droit, un traumatisme crânien mineur avec probable traumatisme acoustique gauche ainsi qu'une entorse de la cheville droite. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques probables a par ailleurs été retenu par les spécialistes consultés, qui ont en sus rapporté au titre de comorbidités des douleurs chroniques de la main gauche, des acouphènes avec diminution de l'ouïe à gauche, une neuropathie médiane sensitivomotrice purement démyélinisante focale au carpe à droite, ainsi qu'une neuropathie du nerf médian, sensitive myélinique au carpe à gauche. Cela étant, une échographie de contrôle de la paroi thoracique a mis en évidence des articulations sternocostales et sterno-claviculaires normales, permettant ainsi d'exclure tout diagnostic orthopédique à ce niveau. À l'examen neurologique – qui méritait d'être encore complété par des investigations au niveau des membres supérieurs ainsi que par la réalisation d'une IRM cérébrale –, le bilan orienté sur le membre supérieur droit a confirmé la présence d'une discrète anomalie de la conduction sensitivomotrice du nerf médian droit ainsi qu'une légère compression du nerf médian gauche. Sur le plan psychiatrique, les spécialistes consultés ont relevé que l'assurée a développé une symptomatologie somatoforme dans laquelle tout le champ de sa conscience a fini par être occupé par ses problèmes de santé. Selon le psychiatre, il existe à ce niveau une atteinte incapacitante exigeant la poursuite

d'un suivi psychiatrique. Décrivant une situation « pas complètement stabilisée » d'un point de vue médical, les spécialistes de la Clinique Z. \_\_\_\_\_ ont considéré en définitive que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent en partie seulement par les lésions objectives somatiques constatées et sont influencées par l'atteinte psychologique, l'assurée sous-estimant au demeurant le niveau d'activité qu'elle peut réaliser et démontrant des auto-limitations en lien avec les douleurs, susceptibles d'être améliorées par un traitement par ergothérapie (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 85 et 94).

Dans des prises de position des 9 mai, 5 et 11 juillet 2018, le Dr AA. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a expliqué que l'assurée présentait une incapacité de travail complète, ses atteintes au niveau de la main gauche justifiant à elles seules un taux d'incapacité de 30 % (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 89 ; cf. également certificat du Dr AA. \_\_\_\_\_ des 5 et 30 octobre 2018, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 96). De son côté, dans un certificat du 17 mai 2018, le Dr H. \_\_\_\_\_ a évalué à 25-30 % l'incapacité de travail liée à la problématique de la main gauche (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 89). Suite à une consultation du 4 juillet 2018, le Dr AA. \_\_\_\_\_ a retenu que « le taux d'incapacité de travail concernant [la] main gauche est de 30 % actuellement en raison de l'événement du 28 mars 2015 » (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 89).

Après avoir fait réaliser les 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2018 une IRM cérébrale, qui a mis en évidence uniquement un petit anévrisme du segment M1 gauche, ainsi qu'une électroneuromyographie des membres supérieurs n'ayant mis en évidence aucun signe d'atteinte de la conduction sensitive, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a considéré – abstraction faite de l'état psychique de l'assurée – qu'une reprise de l'activité de chef de projet était pleinement exigible (appréciation du 31 octobre 2018, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 96).

**B.c** Sur invitation de son service médical (ci-après : SMR), l'assureur-invalidité a confié au centre [...] SA la réalisation d'une expertise médicale comportant des volets psychiatrique, neurologique, orthopédique et de médecine interne (AI-C. \_\_\_\_\_ pces 68, 74 et 76). Dans leur appréciation pluridisciplinaire du 30 octobre 2018, les experts ont exclu tout diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, rapportant comme atteintes sans incidence sur la capacité de travail un trouble fonctionnel avec auto-limitation des mouvements du membre supérieur droit, un trouble fonctionnel avec autolimitation des mouvements du membre supérieur droit, un trouble sensitif d'étiologie indéterminée du membre supérieur gauche, une douleur de la première articulation costo-sternale à droite, une migraine

commune, un trouble douloureux de la main gauche sans substrat organique à la suite d'une banale contusion de la main en mars 2015, une douleur thoracique antérieure irradiant dans le membre supérieur droit avec douleur non systématisée de la main droite depuis mars 2017 (pseudarthrose costale), une luxation du coude droit en 1998, une entorse de la cheville ainsi qu'une surcharge pondérale. Cela étant, les spécialistes consultés ont retenu – d'un point de vue rétrospectif – que la capacité de travail de l'assurée a toujours été complète, à l'exception du mois ayant suivi l'accident du 28 mars 2015, des deux mois consécutifs à l'événement du 2 mars 2017 ainsi que des différentes périodes d'hospitalisations (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 94).

**B.d** Le 7 novembre 2018, le Dr BB. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a expliqué – sans pour autant retenir de diagnostic précis – que le stress engendré par les douleurs ainsi que la situation administrative de l'assurée induisent une aggravation de son état de santé global et une incapacité à se projeter dans un avenir serein (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104).

Dans une prise de position du 16 janvier 2019, le Dr CC. \_\_\_\_\_ – spécialiste de la douleur – a rapporté que l'assurée présentait des douleurs sternales, au niveau de la jonction chondro-sternale, auxquelles s'associent des « douleurs à caractère clairement neurogène » au niveau du membre supérieur droit, avec une main légèrement tuméfiée et fatigable à l'effort ainsi qu'une asymétrie de température entre les deux mains (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104 ; cf. également rapport du Dr CC. \_\_\_\_\_ du 14 août 2018, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104 également).

Par avis du 5 février 2019, le Dr DD. \_\_\_\_\_ – médecin praticien auprès du SMR – a considéré que l'assurée présentait un probable SDRC à l'origine d'une incapacité de travail totale du 8 octobre 2015 au 26 juillet 2016, puis de 40 % par la suite, avec en sus la nécessité d'éviter l'exercice d'activités impliquant des vibrations ou le port de charges lourdes. A cet égard, le médecin SMR s'est rallié aux conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_, observant que l'appréciation divergente fournie les experts du centre [...] SA ne se fonde pas sur des « explications claires ». Suite au second accident, l'assurée a présenté – toujours selon le Dr DD. \_\_\_\_\_ – une nouvelle incapacité de travail totale du 2 mars 2017 au 31 octobre 2018, depuis quand une pleine capacité de travail doit être reconnue (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 97).

Le 8 février 2019, le Dr AA. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée était incapable d'exercer une activité professionnelle en raison d'une importante souffrance physique nécessitant une médication morphinique importante

avec comme effets secondaires une sensation de vertiges, une fatigue, une asthénie ainsi que des troubles du sommeil, de l'attention et de la mémoire (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104 ; cf. également). Ensuite, dans un rapport du 12 mars 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_ – spécialiste FMH en pneumologie – a observé que l'assurée justifiait de meilleures fonctions pulmonaires qu'en 2017, avec néanmoins un possible sy obstructif, une dysfonction ventilatoire, une disjonction chondrosternale ainsi qu'une très probable algodystrophie du bras gauche avec spasme œsophagien (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104). Lors d'une consultation neurologique du 12 mars 2019, le Dr I. \_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée présentait – dans le contexte d'une disjonction sternale et d'une pseudarthrose chondrosternale consécutives à l'accident de 2017 – des thoracodynies et des brachialgies droites ; selon ce médecin – qui retient un pronostic réservé et relève un lourd traitement antalgique – le caractère et la topographie de ces douleurs neurogènes chroniques peuvent évoquer une névralgie du nerf inter-costo-brachial (second nerf intercostal), aucune pathologie n'étant toutefois documentée à l'examen électroneuromyographique (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104). Dans un rapport d'ergothérapie du 19 mars 2019 réalisé sous la supervision du Dr EE. \_\_\_\_\_, chirurgien de la main, une incapacité de travail de l'ordre de 50 % a été reconnue à l'assurée en regard principalement à un état de fatigue dû à des douleurs constantes ainsi qu'au traitement médicamenteux prescrit (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104). Le 26 mars 2019, le Dr FF. \_\_\_\_\_ – spécialiste ORL – a réalisé un bilan de dysphagie par vidéoscopie, ne notant dans ce contexte aucune anomalie significative (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104). Se référant aux imageries susmentionnées ainsi qu'à des IRM du rachis cervical et de l'épaule droite réalisées les 5 octobre 2017 et 7 mai 2018 et ayant mis en évidence une anomalie de la statique cervicale, une discrète cervico-discarthrose étagée ainsi qu'une rupture transfixiante de la partie antérieure du tendon supra-épineux, le Dr GG. \_\_\_\_\_ a observé dans des prises de position des 20 et 29 mars 2019 que la symptomatologie observée n'était pas entièrement expliquée par l'entorse chondro-sternale documentée, soulevant à ce propos l'hypothèse d'une décompensation post-traumatique d'un syndrome du défilé thoracique à composante neurogène et veineuse ; de là, le Dr GG. \_\_\_\_\_ a proposé de procéder à la « résection de la première côte par voie transaxillaire droite, qui permettrait possiblement, sans pouvoir l'affirmer, dans ce contexte si entremêlé, de soulager si pas l'entier, mais possiblement une partie des symptômes, en particulier algiques et vasculaires » (AI-C. \_\_\_\_\_ pce 104).

**B.e** Après que le Dr DD. \_\_\_\_\_ eut considéré que ces nouveaux rapports n'amènent aucun élément médical objectif nouveau exigeant de modifier ses conclusions du 6 février 2019 (avis des 29 mai 2019 et 5 mai 2020, AI-

C. \_\_\_\_\_ pces 106 et 151), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 31 mai 2017, une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2017 au 31 janvier 2019 ainsi que les rentes pour enfants liées à ces prestations (décisions du 18 janvier 2021, AI-C. \_\_\_\_\_ pce 164).

### C.

L'assurée interjette recours contre les décisions de l'OAIE du 18 janvier 2021, dont elle demande l'annulation, concluant à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016 (TAF pce 1).

Pour sa part, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 7).

A l'occasion d'un second échange d'écritures, l'assurée a sollicité la production du dossier constitué par la Suva ainsi que l'audition du Dr GG. \_\_\_\_\_ « afin que ce dernier puisse expliquer son diagnostic et se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail » (TAF pce 9). Interpellée par la cour de céans quant au risque de reformatio in pejus inhérent à son recours, l'intéressée l'a expressément maintenu par correspondance du 10 février 2023 (TAF pces 15 ss).

### Droit :

#### 1.

**1.1** La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d<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 ; ATF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître des recours dirigés contre les décisions de l'OAIE (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et

48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

## **2.**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées). Selon les art. 61 let. d LPGA et 62 al. 2 PA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties et peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. En présence d'une violation du droit, le tribunal est en principe tenu d'envisager une reformatio in pejus, ce conformément au principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst.) et au principe de l'égalité de traitement (art. 8 Cst.). Aussi ne peut-il s'affranchir d'une application stricte du droit objectif que si, dans le cas particulier, l'intérêt subjectif à la protection juridique prévaut (à cet égard, cf. ATF 144 V 153 et réf. citées).

## **3.**

Le litige a trait à l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps. Compte tenu des conclusions du recours, il porte plus particulièrement sur l'étendue du droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2016.

## **4.**

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI et la LPGA, notamment, 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 (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3. 1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C\_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4. 1). Les dispositions visées seront

par conséquent citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023 consid. 5.5).

**4.1** Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux 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).

En vertu de l'art. 17 LPGA – qui s'applique par analogie aux rentes d'invalidité limitée dans le temps (ATF 125 V 413 consid. 2d ainsi qu'arrêt du TF 9C\_704/2016 du 28 décembre 2016 consid. 2.2 ; cf. également ATF 131 V 164) –, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

**4.2** On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**4.2.1** Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêt TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI).

En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1, 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3). Une telle évaluation est toutefois superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

D'après la jurisprudence, il n'existe en général aucune atteinte à la santé au sens de l'art. 7 LPGA lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une

tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (à ce sujet, ATF 140 V 193 consid. 3.3 p. 197) apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec références ; cf. également 143 V 418 consid. 7.1 ainsi qu'arrêt du TF 8C\_2/2022 du 4 juillet 2022 consid. 6.1).

**4.3** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; arrêt du TF 9C\_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). En outre, dans le cadre d'une révision, les constatations médicales doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. A défaut, elles seront dénuées de valeur probante, faute d'aborder les points litigieux de façon circonstanciée (TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.22).

**4.4** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi,

l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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 de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (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 (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

## 5.

En l'occurrence, pour allouer un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 31 mai 2017 puis une rente entière d'invalidité pour la période du jusqu'au 31 janvier 2019, l'autorité précédente s'est fondée sur les conclusions fournies les 5 février, 29 mai 2019 et 5 mai 2020 par le Dr DD.\_\_\_\_\_, médecin SMR, selon qui l'assurée a présenté une incapacité de travail complète du 8 mai 2015 au 26 juillet 2016, de 40 % du 27 juillet 2016 au 2 mars 2017, de 100 % du 2 mars 2017 au 1<sup>er</sup> novembre 2018 et, enfin, de 0 % à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2018.

A l'appui de son recours, l'assurée reproche à l'OAIE d'avoir établi les faits de manière erronée en n'instruisant pas correctement le dossier du point de vue médical. Singulièrement, elle considère que sa capacité de travail ne pouvait être évaluée sans qu'une expertise neuropsychologique ne soit préalablement mise en œuvre. De même, l'autorité précédente n'aurait pas suffisamment tenu compte de ses troubles de l'ouïe, des effets secondaires au traitement médical antalgique ainsi que des appréciations détaillées des médecins spécialisés les Drs GG.\_\_\_\_\_, EE.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_. Quant aux prises de position non-motivées du Dr DD.\_\_\_\_\_, elles ne sauraient être prises en considération faute notamment pour le médecin SMR de disposer d'un titre de spécialiste.

**5.1** En l'occurrence, on peut suivre la recourante lorsqu'elle critique l'appréciation des preuves menée par l'autorité précédente et lui reproche de s'être conformée à l'avis de son médecin-conseil le Dr DD.\_\_\_\_\_. En

effet, pour évaluer la capacité de travail de l'intéressée, ce dernier s'est largement conformé aux conclusions de l'expertise orthopédique réalisée en 2016 par le Dr J. \_\_\_\_\_, écartant par-là les conclusions divergentes de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre en octobre 2018 auprès centre [...] SA. Or, c'est précisément à la suite d'un premier avis de son service médical du 13 février 2018 que l'assureur-invalidité a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, celle réalisée par le Dr J. \_\_\_\_\_ ayant été jugée insuffisante pour établir le droit aux prestations litigieuses. Ainsi, en ce qu'il reprend sans motivation les conclusions d'une expertise orthopédique dont la valeur probante a initialement été déniée, l'avis du Dr DD. \_\_\_\_\_ apparaît douteux et ne saurait suffire à établir le droit de l'assurée à une rente d'invalidité (sur la valeur probante des prises de position des médecins rattachés aux assureurs, cf. ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.3 in fine).

**5.2** À l'inverse de ce que soutient la recourante, il n'apparaît pas pour autant nécessaire de mettre ici en œuvre une instruction complémentaire, l'expertise réalisée auprès du centre [...] SA répondant aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, après avoir procédé à une description précise de l'anamnèse et du contexte médical dans lequel s'est inséré leur examen, les spécialistes consultés ont examiné de façon circonstanciée et convaincante les points au cas d'espèce litigieux. Pour ce faire, ils ont dument pris en considération les résultats des examens objectifs réalisés autant que les plaintes et symptômes subjectifs de l'assurée, qui se manifestent principalement sous la forme d'un épuisement, d'acouphènes avec une baisse de l'audition à gauche, de troubles de la mémoire et de la concentration associés à une impossibilité d'effectuer des efforts avec les deux mains, ceci en raison des douleurs qui s'aggravent lors de leur utilisation.

Ainsi, les spécialistes du centre [...] SA ont précisément expliqué que ni les rapports médicaux versés au dossier – en particulier le suivi des consultations aux HU M. \_\_\_\_\_ ainsi que le rapport d'hospitalisation à la Clinique Z. \_\_\_\_\_ –, ni leurs propres observations cliniques ne corroborent l'existence chez l'assurée d'un diagnostic psychique pertinent au sens de la CIM-10. A dire d'experts, il n'y a en particulier pas d'observations orientant vers un évènement confirmant une pathologie convertive, la kinésiophobie et la tendance à la somatisation étant par ailleurs considérées comme des phénomènes habituels chez les douloureux chroniques.

Du point de vue orthopédique par ailleurs, les experts ont expressément observé que le traumatisme au niveau de la main gauche – qualifié de mineur – n'avait laissé aucun substrat organique expliquant le trouble de la sensibilité rapporté par l'assurée, qui reste d'origine indéterminée. De même, les douleurs de la main droite et la douleur costale droite séquellaire de l'accident de la circulation avec pseudarthrose ostéo-chondrale de la 1<sup>ère</sup> côte n'ont pas de substrat organique, cette dernière atteinte pouvant tout au plus provoquer une gêne. Ainsi, les experts ont expliqué de façon circonstanciée que les plaintes subjectives formulées par l'assurée ne peuvent être objectivées lors de l'examen orthopédique, notant en outre que l'absence d'atrophie des membres supérieurs permet de déduire que l'assurée utilise ses mains malgré la douleur rapportée.

Au plan neurologique ensuite, les médecins consultés ont clairement exposé que la douleur de type allodynie rapportée au niveau de la main gauche ne pouvait – contrairement à l'avis de certains confrères – être rattachée à un syndrome complexe régional (SCR) dans la mesure notamment où cette affection suppose la présence de signes neuro-végétatifs n'ayant en l'espèce pas été observés. De même, la scintigraphie osseuse réalisée le 9 janvier 2018 montre une hypocaptation du radio-traceur au niveau de la main, ce qui constitue un argument objectif contre un SCR corroborant en revanche l'épargne de fonction illustrée par le comportement de l'assurée. Aussi la légère modification des vitesses de conduction du nerf médian démontrée au niveau du tunnel carpien par les examens neurologiques réalisés n'est pas suffisante pour justifier la gravité des douleurs et des troubles sensitifs allégués par l'intéressée. A l'inverse, la douleur parfaitement crédible et objectivée radiologiquement d'une atteinte articulaire costosternale de l'articulation entre la 1<sup>ère</sup> côte et le sternum n'est pas discutable ; toutefois, les conséquences fonctionnelles de cette atteinte – à savoir pratiquement une impossibilité d'usage normal du membre supérieur droit – demeurent incompréhensibles au regard de la simple douleur costo-sternal. Quant aux troubles sensitifs allégués sur l'hémithorax droit et le membre supérieur droit, ils sont difficilement explicables faute de correspondre à la répartition habituelle de cette symptomatologie. Aussi les experts notent-ils une dissociation entre le comportement observé lors de l'anamnèse et au cours de l'habillage et du déshabillage, considérant qu'il s'agit là d'un élément d'exagération parlant pour un trouble fonctionnel et excluant par la même toute limitation neurologique et toute origine neurologique aux plaintes de l'assurée. En particulier, l'anévrisme documenté lors de l'IRM cérébrale constitue une découverte de hasard sans aucune relation avec les plaintes de l'assurée, notamment ses céphalées.

Décrivant ainsi clairement l'important retentissement subjectif d'une symptomatologie largement dépourvue de substrat organique, les experts ont exclu de façon circonstanciée tout diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. A titre rétrospectif, ils ont par ailleurs considéré de manière convaincante que la capacité de travail de l'assurée a toujours été complète, sous réserve de courtes incapacités lors des hospitalisations ainsi qu'à la suite des accidents des 28 mars 2015 et 2 mars 2017

**5.3** Cela étant, l'évaluation par les experts du centre [...] SA de la capacité de travail de l'assurée résulte d'un examen motivé de tous les éléments médicaux pertinents et est au demeurant largement corroborée par les conclusions des experts W. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ainsi que par les appréciations du Dr Y. \_\_\_\_\_. Quoiqu'en pense l'autorité précédente, on ne voit par conséquent aucune raison de s'en écarter.

En particulier, il est indifférent que l'examen rétrospectif mené par les experts se place en contradiction avec les incapacités de travail attestées par certains des médecins consultés dans les suites de l'événement de mars 2015. Si ceux-ci – à l'instar du Dr EE. \_\_\_\_\_ – observent unanimement chez l'assurée un tableau algique important ainsi qu'une hypersensibilité, ils ne rapportent en effet ces symptômes à aucun élément objectif que les spécialistes du centre [...] SA auraient ignoré. Or, selon la jurisprudence, les indications subjectives de la personne assurée sur la douleur ne suffisent pas à elles seules à justifier une invalidité ; il faut au contraire exiger, dans le cadre de l'examen des prestations relevant du droit des assurances sociales, que les indications sur la douleur soient suffisamment explicables par des observations médicales concluantes, constatés par un médecin spécialiste, faute de quoi il ne serait pas possible de garantir une évaluation juridiquement équitable des droits à la rente (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du TF 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4). A cet égard, les constatations cliniques du Dr CC. \_\_\_\_\_ – qui explique avoir observé une asymétrie de température au niveau des mains – et du Dr I. \_\_\_\_\_ – qui retient un syndrome douloureux régional complexe de la main gauche au regard d'un ENMG – ne suffisent pas à conclure à l'existence d'une atteinte à l'origine des symptômes de l'assurée, les experts ayant précisément exclu l'existence d'un CRS à la lumière des critères de Budapest applicables pour ce type d'atteinte (à cet égard, cf. arrêt du TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5 et réf. citées). De même, l'incapacité de travail attestée par le Dr J. \_\_\_\_\_ apparaît peu convaincante dans la mesure où ce spécialiste en chirurgie l'a rapportée à une allodynie et à une éventuelle « main psychogène », retenant par là des diagnostics dépassant son domaine d'expertise et sans même chercher à les étayer à

la lumière des critères de classification médicale reconnus. Quant au Dr GG. \_\_\_\_\_, il ne fait pas non plus état d'éléments objectifs expliquant les plaintes de l'assurée, décrivant à l'inverse – et à l'instar des experts du centre [...] SA – une situation entremêlée caractérisée par une symptomatologie n'étant pas entièrement expliquée par des substrats organiques ; quoiqu'en dise la recourante, il n'y change rien dans ces conditions que ce spécialiste ait évolué dans son appréciation des atteintes thoraciques de l'assurée, évoquant initialement une entorse chondro-sternal puis retenant en dernier lieu – sans pour autant en tirer de conséquence sur la capacité de travail médico-théorique – le diagnostic de syndrome du défilé thoracique ; aussi son audition n'apparaît-elle pas nécessaire à l'établissement des faits pertinents, surtout que ce médecin traitant a d'ores et déjà eu à plusieurs reprises l'occasion d'exprimer son avis par écrit ; de là, il y a lieu de rejeter la réquisition de preuve de l'assurée par appréciation anticipée. Faut-il finalement d'élément concret laissant apparaître la nécessité de procéder à un tel examen, on ne voit pas que l'on puisse reprocher aux spécialistes du centre [...] SA de ne pas avoir complété leur évaluation par un examen neuropsychologique. Pour le surplus, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante, les éventuels effets secondaires du traitement antalgique suivi par l'assurée n'ont pas lieu d'être pris en considération ici. Pour le même motif, le fait que cette dernière ait fait l'objet de larges investigations médicales menées sur une longue durée n'apparaît pas pertinent.

**5.4** Dans ces conditions, l'assurée – qui ne souffre d'aucune atteinte durable au sens de l'art. 7 LPGA – ne saurait prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité. Par surabondance, l'aggravation rapportée par les experts et les incohérences démontrées conduisent à la conclusion qu'une pathologie importante ne peut être établie avec une probabilité suffisante, cette absence de preuve étant à la charge de l'assurée (cf. ATF 138 V 218 consid. 6 ; arrêts du TF 8C\_2/2022 du 4 juillet 2022 consid. 6.4, 9C\_254/2017 du 21 août 2017 consid. 4.4 et 9C\_732/2015 du 29 mars 2016 consid. 3.1.2).

Les prestations allouées par la décision attaquée n'ont pour autant pas lieu d'être supprimées. Comme on vient de le voir, la recourante a en effet été prise en charge au cours des dernières années par de nombreux spécialistes, dont plusieurs lui ont reconnu une incapacité de travail dans un contexte médical complexe. Cela étant, si les médecins consultés semblent avoir accordé une part trop importante aux plaintes subjectives, ils ont néanmoins fourni des évaluations sérieuses de l'état de santé de l'assurée, qui a été confortée dans une posture d'invalidité depuis 2015 (par analogie, cf. ATF 138 V 457 consid. 3.2 où est décrite la situation procédurale dans laquelle se place l'assuré qui conteste l'étendue de ses limitations). De là,

on peut admettre que l'intérêt subjectif de cette dernière à la protection juridique l'emporte sur les principes de la légalité et de l'égalité de traitement, de sorte que l'on doit renoncer à réformer la décision attaquée au détriment de l'assurée (ATF 144 V 153 consid. 4.2.4).

**5.5** En résumé, la décision attaquée résulte d'une appréciation erronée des preuves en tant qu'elle établit le droit aux prestations litigieuses sur la base des avis de son service médical. Conformément à l'avis probant des experts du centre [...] SA, il y a lieu de retenir que l'assurée n'a jamais eu d'atteinte à la santé fondant le droit à une rente d'invalidité. Il s'impose néanmoins de renoncer à réformer la décision attaquée au détriment de l'assurée, dont l'intérêt subjectif à la protection juridique l'emporte sur les principes de légalité et de l'égalité de traitement.

## **6.**

En définitive, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté.

## **7.**

**7.1** Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée.

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

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

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

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. 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 :