

BVGer C-5316/2022 vom 13. März 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5316_2022

FR: TAF C-5316/2022 du 13 mars 2026

IT: TAF C-5316/2022 del 13 marzo 2026

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). 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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et 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. 63 al. 4 PA ; TAF pces 2 et 4), le recours est recevable.

E. 2

En l'occurrence, vu les conclusions de la recourante, le litige a pour objet le droit de celle-ci à une rente de l'AI. Cela étant, la décision attaquée est entrée en force en ce qui concerne le droit à des mesures d'ordre professionnel, faute d'être contestée sur ce point devant le Tribunal de céans (ATF 125 V 413 consid. 1a ; Meyer/von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 8 p. 439).

E. 3.1

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 ; Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e 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).

E. 3.2

La recourante, domiciliée en France voisine et travaillant en Suisse doit être qualifiée de frontalière. Dès lors, c'est à bon droit que l'OAI du canton C. _____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision attaquée (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

E. 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 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

E. 4.1.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, domiciliée en France, ayant travaillé en Suisse. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ses annexes et règlements (en particulier : règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RS 0.831.109.268.1] et 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 [RS 0.831.109.268.11]). Toutefois, 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 Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1.2

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

E. 4.2

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 18 octobre 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

E. 5

En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

E. 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 pas 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).

E. 6.3

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 6.4

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

al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

E. 7.1

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

E. 7.1.1

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, 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). 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 Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 33). Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 7.1.2

Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

E. 7.1.2.1

Dans l'approche qu'il a développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

E. 7.1.2.2

Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

E. 8

L'autorité inférieure, dans sa décision du 18 octobre 2022, s'est fondée sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2022 (AI pce 107), confirmées par le rapport du SMR du 28 mars 2022 (AI pce 108). L'intéressée, dans son recours, argue que l'activité habituelle n'est plus exigible. S'agissant des limitations fonctionnelles retenues par l'expertise pluridisciplinaire en lien avec l'activité adaptée, elle soutient qu'elles sont incompatibles avec les constatations des médecins traitants et des experts eux-mêmes, dans la mesure où elles n'appréhendent pas l'ensemble de ses atteintes. Elle fait grief aux experts d'avoir retenu une activité habituelle à 100% qui ne respecte pas le profil d'effort défini au point de réduire le rendement de 50%, alors que cela n'est ni réaliste, ni exigible.

E. 9

Il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner si le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2022 (AI pce 107) a fait l'objet d'une étude circonstanciée se fondant sur des examens complets, en pleine connaissance du contexte médical (voir supra consid. 7.1.1).

E. 9.1

Le Tribunal constate que les experts, à savoir la Dresse F._____, médecin praticienne FMH en médecine interne générale, le Dr H._____, psychiatre FMH, le Dr G._____, neurologue FMH, et le Dr I._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, disposent de la formation et des connaissances requises pour se prononcer valablement sur le cas de la recourante dans les disciplines soumises à expertise.

E. 9.2

En outre, il ressort du rapport d'expertise que les experts ont effectué une étude circonstanciée de l'état de santé de la recourante (pour la médecine interne, AI pce 107 p. 1788 à 1789 ; pour la psychiatrie, AI pce 107 p. 1803 à 1805 et 1807 ; pour la neurologie, AI pce 107 p. 1823 à 1825 ; pour la rhumatologie, AI pce 107 p. 1840 à 1844). Ils avaient pleine connaissance de l'anamnèse (pour la médecine interne, AI pce 107 p. 1784 à 1788 ; pour la psychiatrie, AI pce 107 p. 1798 à 1803 ; pour la neurologie, AI pce 107 p. 1814 à 1822 ; pour la rhumatologie, AI pce 107 p. 1835 à 1840) ainsi que du contexte médical (cf. notamment AI pce 107 p. 1775 s.). Le dossier leur était pleinement connu. En effet, les principaux rapports médicaux au dossier sont listés et résumés dans une annexe I au rapport d'expertise pluridisciplinaire (AI pce 107 p. 1852 ss). Seuls ne sont pas mentionnés les certificats médicaux des 30 août 2016 (AI pce 12 p. 90) et 7 octobre 2017 du Dr R. _____, médecin généraliste (AI pce 15 p. 315), des 17 novembre et 26 décembre 2016 du Dr S. _____, neurochirurgien (AI pce 12 p. 116 avec le suivi des consultations [AI pce 12 p. 119] et p. 115), et du 20 décembre 2017 du Dr T. _____, spécialiste en médecine physique et sportive (AI pce 22). Cette omission ne prête cependant pas à conséquence, ces certificats, outre le fait d'être fort succincts, sont soit dépourvus de constat objectif, soit contiennent des constats médicaux déjà retenus par d'autres médecins consultés. Les experts ont en outre dûment rapporté les plaintes exprimées par la recourante (pour l'appréciation générale interdisciplinaire, AI pce 107 p. 1777 ; pour la médecine interne générale, AI pce 107 p. 1784 et 1785 ; pour la psychiatrie, AI pce 107 p. 1798, 1799, 1800, 1802, 1803, 1804 et 1805 ; pour la neurologie, AI pce 107 p. 1814, 1815, 1819, 1820 et 1826 ; pour la rhumatologie, AI pce 107 p. 1836 s. et 1839).

E. 9.3

En somme, le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire répond aux exigences jurisprudentielles de nature formelle.

E. 10

S'agissant plus particulièrement des griefs d'ordre médical (limitations fonctionnelles, activités exigibles médicalement, etc.), il convient de se prononcer comme suit : 10.1.1 Sur le plan somatique, il ressort du volet spécialisé de médecine interne générale, en relation avec les points litigieux, que la Dresse F. _____ précise dans son expertise spécialisée que les évaluations antérieures sont en accord avec ses propres constatations. Elle souligne donc l'absence d'atteinte à la santé de son ressort susceptible d'impacter la capacité de travail (AI pce 107 p. 1790) ou encore le fait que les incapacités de travail établies ne soient pas en rapport avec des motifs de médecine interne (AI pce 107 p. 1792). 10.1.1.1 Les affirmations de la Dresse F. _____ ne sont pas tout à fait exactes à la lumière du dossier, d'autres médecins ayant objectivé une dénutrition de grade I (Dr U. _____, rapport d'examen du 17 octobre 2019 [AI pce 71 p. 1371 à 1379]) et une intolérance au lactose (Dr V. _____, rapport du 2 mars 2018 [AI pce 45 p. 1015 à 1021]). Cependant, l'experte en médecine interne a examiné le poids et la taille de la recourante, arrivant au résultat d'un indice de masse corporelle dans la norme (cf. AI pce 107 p. 1788 et 1790). Elle a donc implicitement rejeté une dénutrition. La non-mention d'une intolérance au lactose n'est pas problématique, puisqu'une telle affection n'a pas d'impact sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Le status post appendicectomie est par ailleurs relevé également par le Dr U. _____ (AI pce 71 p. 1371 à 1379). L'experte a fait une étude circonstanciée des points litigieux importants. 10.1.1.2 Après avoir effectué un entretien approfondi avec la recourante (AI pce 107 p. 1784 ss), la Dresse F. _____ a procédé à un

examen clinique de l'assurée comprenant un examen de l'état général, un examen cardio-vasculaire, thoraco-pulmonaire, du système digestif, tête-cou-thyroïde, cutané et seins, des aires ganglionnaires palpables, ophtalmologique, ORL et de l'état dentaire, tout en renvoyant aux expertises spécialisées correspondantes s'agissant des aspects ostéo-articulaires et neurologiques (AI pce 107 p. 1788 s.). Elle a en outre décrit les constatations qu'elle a faites à cette occasion, puis posé en conséquence des diagnostics sans incidence sur la capacité status post appendicectomie, de mastodynies droite et de carence martiale supplémentée (AI pce 107 p. 1790). Elle discute ces constats et arrive ainsi, de manière convaincante, à la conclusion que, du point de vue de la médecine interne, la recourante ne présente aucune atteinte à la santé incapacitante (AI pce 107 p. 1790 et 1791). Le Tribunal constate dès lors que l'intéressée ne présente aucune incapacité de travail sous l'angle de la médecine interne.

10.1.1.3 En ce qui concerne la neurologie, le Dr G. _____ résume les rapports pertinents à ce niveau figurant au dossier (AI pce 107 p. 1816 à 1818). En lien avec les points litigieux, l'expert commente ensuite le rapport neurochirurgical du 21 novembre 2019 du Dr W. _____. Il estime ainsi que la description d'une brachialgie gauche apparue dans les suites immédiates de l'accident du 10 juillet 2016 n'est pas soutenue par l'anamnèse donnée par la recourante et aucun document ne permet de retenir avec un degré de certitude suffisante qu'il y a eu participation radiculaire. Il ajoute que le seul examen neurologique complet effectué lors du séjour à la DD. _____ décrit l'absence d'argument pour une atteinte périphérique, cet examen ayant été fait après l'intervention chirurgicale. Il explique qu'en cas de déficit radiculaire au sens d'une perte d'axone moteur, la myographie démontre des signes de dénervation - réinnervation irréversibles. Il note qu'en principe, en cas de déficit radiculaire, le réflexe dépendant de la racine lésée disparaît en règle générale pour toujours. Cependant, les réflexes dépendant des racines C6 et C7 gauches sont toujours présents normalement. Il souligne rejoindre l'avis du Dr X. _____ de la DD. _____ quant à l'absence d'atteinte neurologique (AI pce 107 p. 1827).

10.1.1.4 Il s'avère que l'expert neurologue, le Dr G. _____, a clairement expliqué pourquoi il se distancie du rapport du 21 novembre 2019 [recte : 17 mai 2019] du Dr W. _____ (AI pce 74 p. 1443 à 1457). De plus, il indique adhérer à l'avis du Dr X. _____ de la DD. _____. En ce qui concerne les céphalées, l'expert neurologue est arrivé à la même conclusion que ses confrères (rapports médicaux du 13 février 2018 du Dr R. _____ [AI pce 32 p. 954 à 959] et du 21 mars 2019 du PD Dr M. _____ [AI pce 68 p. 1286 ss]), dans la mesure où il retient un diagnostic de céphalées tensionnelles sans sensibilité péri-crânienne. Il a considéré qu'il s'agissait d'un diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de la recourante (AI pce 107 p. 1825). Il explique encore que ces céphalées sont d'aspect tensionnel, la recourante déclarant cependant prendre depuis des années du Dafalgan chaque jour. L'expert ne peut estimer s'il y a une aggravation de l'intensité et de la fréquence des céphalées, et si la prise des antalgiques pourrait signer des céphalées par abus médicamenteux (AI pce 107 p. 1826). Il y a lieu de remarquer que l'expert neurologue n'examine pas spécifiquement l'existence de vertiges. Tout au plus retranscrit-il les dires de la recourante dans le cadre de l'anamnèse (AI pce 107 p. 1815) et dans l'anamnèse systématique liée à la neurologie, tout en relevant qu'il s'agit « en fait de sensations de malaise accompagné[e]s d'une sensation d'oppression thoracique et de dyspnée sans manifestation de type vestibulaire » (AI pce 107 p. 1819). Par la suite, l'expert se borne à relever, de façon générale, qu'il n'existe pas de déficit sur le plan neurologique chez l'expertisée. Or, il y a lieu de constater que plusieurs documents médicaux retiennent des vertiges (rapports médicaux du 13 février 2018 du Dr R. _____ [AI pce 32 p. 954 à 959]

et du 21 mars 2019 du PD Dr M. _____ [AI pce 68 p. 1286 ss]). S'ils sont, certes, plus courts que l'expertise, ils sont susceptibles, en particulier dans le cas du rapport du PD Dr M. _____, de semer le doute sur les conclusions, qui ne résultent pas d'investigations approfondies sur ce point. Qui plus est, l'expert n'a pas indiqué les effets potentiels des vertiges sur la capacité de travail de la recourante. Partant, l'expertise pluridisciplinaire ne peut, au regard de la jurisprudence, se voir conférer pleine valeur probante pour cette raison déjà. Les constatations faites dans le cadre de l'expertise spécialisée en médecine interne générale (« absence de signe de syndrome vestibulaire central ou périphérique » au niveau ORL) ne peuvent remédier à cette lacune, faute pour l'experte en question de disposer de la spécialisation idoine et une plus ample description de l'examen faisant défaut. Quant aux troubles du sommeil, même si l'expert ne traite pas explicitement des divergences d'opinions entre médecins (rapports du 20 novembre 2019 du Dr K. _____ [AI pce 74 p. 1438] et du 21 août 2020 du PD Dr M. _____ [AI pce 90 p. 1588]), il a examiné la situation dans le cadre de l'anamnèse systématique liée à la spécialisation en notant que le temps d'endormissement de la recourante serait de l'ordre d'une heure. Il indique que la recherche d'une symptomatologie pouvant évoquer un syndrome des jambes sans repos est négative. Il rapporte que le sommeil est continu avec un éveil précoce aux alentours de 4h00 (alors qu'elle se couche vers 20h00 ou 21h00 [cf. AI pce 107 p. 51]). La recourante se lève alors, regarde son téléphone et ne se rendormirait pas. Elle ne signale ni sieste, ni somnolence diurne. En somme, l'expert conclut à l'absence de réel trouble du sommeil (AI pce 107 p. 1820). Le Tribunal constate par ailleurs que le Dr K. _____ ne mentionne plus de troubles du sommeil à partir du 11 février 2021 (AI pce 107 p. 1939). Cela étant, il y a lieu de retenir qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, la recourante ne présente plus de tels troubles depuis cette date. Au final, l'expert a dûment discuté les points litigieux. L'expert doit être suivi lorsqu'il conclut que le status neurologique est normal. Il a en effet indiqué qu'aucun signe ne laissait penser qu'il pourrait y avoir soit une atteinte radiculaire, soit médullaire, soit plexuelle dans le cadre d'une mobilisation de l'épaule gauche et de la colonne cervicale limitée volontairement. Pour l'irradiation gauche depuis les douleurs cervicales, il souligne qu'il n'existe pas de signe déficitaire objectif sur le plan neurologique. Il relève que les examens radiologiques ne permettent pas d'en comprendre l'étiologie. Cela pourrait cependant être expliqué par le phénomène d'hypersensibilisation centrale mentionné dans le rapport du 21 mars 2019 du PD Dr M. _____, et par l'effet positif des perfusions de Lidocaïne (AI pce 107 p. 1826).

10.1.1.5 Le Tribunal remarque en outre que l'expert neurologue a mené un entretien approfondi avec la recourante, une anamnèse systématique liée à la spécialisation médicale de celui-ci (AI pce 107 p. 1814 ss). Il a mis en oeuvre un examen clinique complet du status portant sur la marche et la position debout, la tête et le cou, les réflexes myotatiques et cutanés, le système moteur, la force et la sensibilité, notant chaque fois ses constatations (AI pce 107 p. 1823 ss). Il retient alors des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'entorse et foulure du rachis cervical en juillet 2016 avec discectomie C6-C7 et arthrolyse en janvier 2017, sans incidence neurologique, et de céphalées tensionnelles sans sensibilité péri-crânienne (AI pce 107 p. 1825 s.). Il discute ensuite ses constats (AI pce 107 p. 1826 et 1827 s.) et conclut, ce faisant, à ce que, sur le plan strictement neurologique, aucune atteinte à la santé n'est retenue (AI pce 107 p. 1828 et 1829). Ces conclusions étant dûment motivées et convaincantes, le Tribunal retient alors que l'assurée ne connaît pas d'incapacité de travail du point de vue neurologique.

10.1.1.6 Pour ce qui a trait à la rhumatologie, le Dr I. _____ remarque, en relation avec les points litigieux, que la recourante n'a pas eu d'évaluation rhumatologique antérieurement. Il ajoute

qu'elle a passé un séjour à la DD. _____, à l'issue duquel peu de progrès avaient été constatés. La participation de la recourante avait été considérée comme faible. Les douleurs d'alors avaient empêché la mise en place d'un programme structuré de rééducation. A la sortie, des limitations fonctionnelles avaient été retenues, en particulier le maintien statique prolongé de la nuque, les rotations répétitives et les activités demandant une extension prolongée de la nuque. Aucun diagnostic n'avait été retenu sur la plan orthopédique, seuls des troubles statiques et dégénératifs ayant été observés. L'expert relate encore que le rapport de sortie fait état d'un pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles non favorable en raison des douleurs et de facteurs contextuels et psycho-sociaux sortant du domaine médical. Se référant au rapport de l'employeur de février 2018, l'expert rhumatologue retient une incapacité de travail transitoire de deux mois après l'accident et depuis une activité habituelle réalisable à 50% du fait du port des charges et des mouvements au-dessus de l'horizontale. En revanche, une activité adaptée est exigible à 100% (AI pce 107 p. 1845). L'expert rappelle plus loin dans son rapport qu'il n'existe pas d'information divergente au niveau d'autres spécialistes ressortant du dossier (AI pce 107 p. 1847).

10.1.1.7 Il résulte en effet du dossier que les diagnostics posés par l'expert rhumatologue, le Dr I. _____, sont congruents avec les atteintes et leur évolution retenues par les autres médecins consultés (cf. AI pce 107 p. 1844), même s'il n'évoque pas spécifiquement les cervicales C4-C5 et C5-C6 ou même C2 (cf. notamment rapports du 12 juillet 2016 du Dr EE. _____ [AI pce 12 p. 199 et 267] et du 15 février 2017 du Dr BB. _____ [AI pce 12 p. 95 ss]). Le status après whiplash en juillet 2016 et arthrodèse C6-C7 le 10 janvier 2017, ainsi que de cervicalgies avec troubles dégénératifs modérés est cependant assez large pour les englober. L'expert a considéré que dits diagnostics ont une incidence sur la capacité de travail de la recourante (cf. aussi les explications qu'il donne à AI pce 107 p. 1844). Pour l'épaule gelée (cf. rapports du 14 mars 2019 du Dr L. _____ [AI pce 62 p. 1182] et du 19 juin 2019 du Dr Y. _____ [AI pce 68 p. 1279]), il a retenu un diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'épaule gauche pseudo-paralytique (AI pce 107 p. 1844). On relèvera à cet égard que si une incapacité de travail peut découler d'une épaule gelée ou pseudo-paralytique, elle ne peut généralement pas être retenue comme source d'incapacité de travail de longue durée. C'est donc à juste titre que l'expert relève qu'il n'existe pas d'information divergente au niveau rhumatologique (cf. AI pce 107 p. 1847).

10.1.1.8 Le Dr I. _____ a par ailleurs organisé un entretien approfondi avec la recourante, avec une anamnèse systématique liée à la spécialisation (AI pce 107 p. 1836 ss). Il a réalisé un examen clinique complet du status de la recourante axé sur le rachis, le bassin, les membres supérieurs (ceinture scapulaire et épaules, coudes, mains et poignets) et les membres inférieurs (hanches, genoux, chevilles et pieds). S'agissant des aspects neurologiques, il a renvoyé à l'expertise spécialisée correspondante. Il a encore fait une recherche des points fibromyalgiques. Il a sur ce plan constaté un score WPI (indice de la douleur généralisée) de 16 sur 19, une échelle de sévérité de 10 sur 12, un score de Wolfe de 26 sur 31 et 2 points d'identification sur 5 selon Waddell, concluant à la présence d'une fibromyalgie (AI pce 107 p. 1843). Puis, il a recherché des signes inflammatoires en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Durant tout son examen, il a décrit ses constats et indiqué les diagnostics retenus et les conclusions auxquelles il a abouti (AI pce 107 p. 1840 ss). Il a ainsi diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, un status après whiplash en juillet 2016 et arthrodèse C6-C7 avec extirpation d'une hernie discale en janvier 2017, un Failed Neck Surgery Syndrom et des cervicalgies avec troubles dégénératifs modérés. Il a en outre retenu des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'épaule gauche

pseudo-paralytique et de fibromyalgie (AI pce 107 p. 1844). Il discute ensuite ses constats et arrive à la conclusion notamment que le status après whiplash, la fixation C6-C7 par arthrodèse et les cervicalgies sur troubles dégénératifs ont un impact sur la capacité de travail comme réceptionniste dans un shop à essence, mais sont tout à fait compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée. La fibromyalgie constatée n'a pas d'incidence sur la capacité de travail (AI pce 107 p. 1844 ss).

10.1.1.9 Toutefois, selon la jurisprudence, la mesure d'instruction adéquate s'agissant de fibromyalgie est la mise en oeuvre d'une expertise interdisciplinaire, tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et des aspects psychiques ; le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, et l'expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standard n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et, tout comme pour les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), son évaluation sur le plan de la capacité de travail est soumise à la grille d'évaluation susmentionnée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1, 4.1.3, 4.3 et 4.4 ; 143 V 418 consid. 6 ss ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3, 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4516/2020 du 12 septembre 2023 consid. 11.1 ; cf. également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2219/2021 du 17 octobre 2022 consid. 4.6.2 et 4.7 concernant les nuances entre la fibromyalgie et le trouble douloureux chronique avec des facteurs psychiques et somatiques, et les références).

10.1.1.10 En l'espèce, l'expert rhumatologue, le Dr I._____, a notamment posé le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de fibromyalgie, compte tenu des points fibromyalgiques susmentionnés obtenus lors de son examen clinique (voir supra consid. 10.1.1.8 ; AI pce 107 p. 1843). Dans la partie « Evaluation et classification des troubles actuels/motivation des diagnostics » de son expertise spécialisée, il relève avoir constaté cette pathologie, tout en précisant qu'elle n'a pas d'incidence quant à elle sur la capacité de travail (AI pce 107 p. 1844 ; indicateur i. « Expression des éléments pertinents sur le diagnostic » du Complexe a. « atteinte à la santé », Catégorie A. « degré de gravité fonctionnel » ; par ailleurs, l'expert retient que les troubles constatés sont légers en respectant le profil d'effort [AI pce 107 p. 1845]). Or, le Tribunal remarque, d'une part, que cette motivation est beaucoup trop succincte pour pouvoir en comprendre la conclusion. Les points obtenus n'en disent pas davantage en l'état. D'autre part, l'expert rhumatologue, en se prononçant sur l'influence qu'est susceptible d'avoir ce diagnostic sur la capacité de travail de la recourante, ne respecte pas la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée. En effet, il appartient bien plutôt à un-e expert-e en psychiatrie de le déterminer. Or, il ressort de l'expertise spécialisée psychiatrique que le Dr H._____, quand il se prononce sur la capacité de travail, ne le fait pas en lien avec le diagnostic de fibromyalgie retenu par le Dr I._____. L'expert rhumatologue relève en outre que la recourante a adhéré à l'ensemble des traitements proposés, en particulier une arthrodèse intersomatique, et a bénéficié d'un séjour en rééducation intensive ainsi qu'est suivie dans un centre de la douleur. Elle ne prend à ce moment aucun médicament du fait de problèmes financiers (indicateur ii. « Succès du traitement ou résistance à cet égard » ; AI pce 107 p. 1846). La recourante n'a pas de

traitement thérapeutique proprement dit, si ce n'est la poursuite du traitement antalgique et des exercices de mobilisation et de renforcement musculaire avec gainage (indicateur iii. « Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard » ; AI pce 107 p. 1846). L'expert rhumatologue ne fait en revanche pas référence aux comorbidités (indicateur iv. « Comorbidités »). Sur ce point également, l'évaluation faite par l'expertise spécialisée rhumatologique n'est pas conforme à la grille d'évaluation au sens de l'ATF 141 V 281. Pour ce qui concerne le Complexe b. « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressource personnelles), le Dr I. _____ renvoie à l'expertise spécialisée psychiatrique (AI pce 107 p. 1846). Il retient par ailleurs que la personne assurée a le soutien de sa famille, en particulier de ses soeurs (Complexe c. « contexte social » ; AI pce 107 p. 1846). Au niveau de la cohérence, l'expert rhumatologue relate une recourante qui est limitée selon le profil d'effort et l'existence d'une divergence manifeste entre l'importance des symptômes décrits par l'expertisée et son comportement en situation d'examen clinique. Il a retrouvé des cervicalgies, un status après arthrodeuse intersomatique et quelques troubles dégénératifs mineurs en accord avec l'âge de la personne assurée, mais aucun signe radiculaire ou signe de gravité incapacitant au sens médico-théorique. Selon lui, il existe quelques éléments d'autolimitation, sans qu'il soit possible de parler d'exagération. Il cite à cet égard un aspect du diagnostic de fibromyalgie, à savoir le score de Waddell de 2 sur 5 (Catégorie B. « cohérence » [point de vue du comportement] ; AI pce 107 p. 1846 s.). Le Dr I. _____ considère que toutes les activités dans les domaines comparables sont possibles pour autant qu'elles se conforment au profil d'effort (indicateur a. « Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie » ; AI pce 107 p. 1849). Il spécifie enfin qu'aucune mesure médicale n'est susceptible d'améliorer la capacité de travail (indicateur b. « Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation » ; AI pce 107 p. 1848). Toutefois, aucune appréciation psychiatrique n'a été effectuée quant à la question de savoir si la fibromyalgie entraînait une incapacité de travail. En effet, l'expert psychiatre, le Dr H. _____, relève une inexistence d'interaction de diagnostic, un manque de concordance entre les plaintes concernant les douleurs très fortes et l'absence d'expression faciale ou corporelle en harmonie avec cette sévérité durant l'examen clinique. Lorsqu'il déclare qu'il n'a pas retrouvé de pathologie psychiatrique incapacitant, il se réfère aux deux diagnostics qu'il retient (trouble anxieux et dépressif mixte ; majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques), mais ne mentionne pas de fibromyalgie (AI pce 107 p. 1805 ; cf. également p. 1807 s. et 1809 s.). Cela étant, on ne peut déduire si le Dr H. _____ a considéré ou pas une incapacité liée à la fibromyalgie retenue par le Dr I. _____. S'agissant de l'analyse détaillée de la personnalité de la recourante, à laquelle l'expert rhumatologue a renvoyé, le Tribunal remarque que l'expert psychiatre décrit une amplification en ce qui concerne le comportement de la recourante face à la maladie, ainsi qu'une absence d'altération pour ce qui a trait au sens des réalités et la capacité de jugement, la capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts, la gestion de l'affect et la faculté à contrôler ses impulsions, l'estime de soi et la capacité de régression, l'intentionnalité et le dynamisme, tout comme le système de défenses (AI pce 107 p. 1807). Or, ces aspects ne sont d'aucun secours pour évaluer l'influence de la fibromyalgie sur la capacité de travail. Ainsi, l'expertise spécialisée psychiatrique ne parvient pas à combler la lacune de celle en rhumatologie. Par ailleurs, le fait que le Dr H. _____ relate que les douleurs de la recourante ne sont pas en cohérence avec les données objectives de l'examen clinique (AI pce 107 p. 1808), dépasse son domaine de spécialisation et vient contredire les constats faits par le Dr I. _____, qui a

notamment posé une fibromyalgie. Enfin, l'examen de l'évaluation consensuelle révèle les mêmes éléments, ne donnant pas davantage d'explication sur l'éventuelle incapacité de travail de la recourante causée spécifiquement par la fibromyalgie (cf. AI pce 107 p. 1776 s.). Aucune discussion sur ce point spécifique entre les experts rhumatologue et psychiatre ne transparaît non plus dans cette partie du rapport d'expertise, celle-ci ne permettant d'inférer si l'expert psychiatre a corroboré le caractère non incapacitant de la fibromyalgie décrit par l'expert rhumatologue. Tout au plus les experts ont consensuellement conclu que d'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits qu'ils ont objectivés, est léger en respectant le profil d'effort (AI pce 107 p. 1779 ; cf. également p. 1780 s.). Force est dès lors de constater que la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée n'a pas été respectée par le rapport d'expertise pluridisciplinaire.

Aussi celui-ci ne peut-il se voir conférer pleine valeur probante pour cette raison également.

10.1.1.11 Le Dr I. _____ mentionne qu'il peut être alors retenu une incapacité de travail transitoire de 2 mois après l'accident ayant conduit à un whiplash et qu'elle est considérée depuis réalisable à 50% du fait des charges et des mouvements au-dessus de l'horizontale (l'expert précise encore qu'elle a été de 0% pour une durée de quatre mois après l'intervention de janvier 2017 (AI pce 144 p. 1847). Selon l'expert, la capacité de travail n'est en revanche pas limitée dans une activité adaptée du point de vue strictement rhumatologique (AI pce 107 p. 1845 ; cf. également p. 1846 et 1848, qui précise qu'elle a été de 0% pour une durée de quatre mois après l'intervention de janvier 2017). Il précise encore avoir donc retrouvé des cervicalgies, un status après arthrodèse intersomatique et quelques troubles dégénératifs mineurs en accord avec l'âge de la personne assurée. Il souligne ne pas avoir trouvé de signe radiculaire ou de gravité incapacitante au sens médico-théorique (AI pce 107 p. 1846). Il a fixé des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique comme suit : limite du port de charges à 5 kg près du corps, éviter le maintien statique prolongé de la colonne cervicale, les rotations répétitives et les activités demandant une extension prolongée de la nuque, les charges ne pouvant être portées que jusqu'au niveau de la poitrine (AI pce 107 p. 1847). Le Tribunal constate qu'à l'exception de celle sur la fibromyalgie, ces conclusions sont convaincantes et que l'intéressée possède donc, sous réserve de l'aspect fibromyalgique et du point de vue rhumatologique, une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée quatre mois après l'intervention de janvier 2017.

10.1.1.12 Au final, au niveau somatique, les experts s'accordent pour dire que la capacité de travail de la recourante est de 50% dans l'activité habituelle (AI pce 107 p. 1780) et de 100% dans une activité adaptée (AI pce 107 p. 1781).

10.1.1.13 Toutefois, le Tribunal remarque à nouveau que, sur le plan somatique, l'expertise pluridisciplinaire, qui reprend les conclusions de chacune des expertises en médecine interne, neurologie et rhumatologie, ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante, dans la mesure où, comme il a été vu plus haut, tant l'aspect des vertiges que celui de la fibromyalgie n'ont pas été investigués et discutés comme il se doit.

10.1.1.14 S'agissant de l'expertise spécialisée psychiatrique, le Tribunal rappelle qu'elle a été établie par un médecin possédant la spécialisation idoine, repose sur une anamnèse complète, a tenu compte des plaintes de la recourante et repose sur une étude complète du dossier (voir supra consid. 9.1).

10.1.1.15 L'expert psychiatre, le Dr H. _____, posant les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 : F41.2) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 : F68.0), a indiqué les observations faites durant l'examen des troubles. Il précise que la pose du premier diagnostic est motivée par la description de troubles anxieux et

dépressifs survenant de manière ponctuelle, n'imposant pas un suivi psychiatrique ou psychologique ou un traitement psychotrope, corroboré par les données objectives de l'examen clinique. Il explique que ce diagnostic consiste en une association de symptômes relativement mineurs, anxieux et dépressifs dont l'intensité n'est pas suffisante pour justifier un diagnostic séparé de troubles anxieux caractérisés ou d'épisode dépressif. Il ajoute que le trouble n'a pas d'impact sur la capacité de travail. Au surplus, le caractère démonstratif de la recourante lors de l'examen, la discordance entre ses plaintes, la description de sa journée type et les données objectives de l'examen clinique reflètent, aux dires de l'expert, un aspect d'amplification des troubles permettant de poser le second diagnostic. Le Dr H. _____ n'a donc pas retrouvé de pathologie psychiatrique incapacitante (complexe a. « atteinte à la santé », indicateur i. « expression des éléments pertinents pour le diagnostic » ; AI pce 107 p. 1805 ; cf. également p. 1807). L'expert psychiatre relève que la recourante ne prend plus aucun traitement antidépresseur et n'a plus aucun suivi psychiatrique ou psychothérapeutique, sachant qu'aucune option thérapeutique n'est à proposer en l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique (indicateur ii « succès du traitement ou résistance à cet égard » ; AI pce 107 p. 1807 et 1810). En outre, il renseigne qu'il n'y a pas de mesure de réadaptation en cours (indicateur iii. « succès de la réadaptation ou résistance à cet égard » ; AI pce 107 p. 1807). S'il n'explique pas de comorbidités, il mentionne que la DD. _____ avait retenu en 2018 le trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée à ce titre (indicateur iv « comorbidité » ; AI pce 107 p. 1806). Le Dr H. _____ propose une analyse détaillée de la personnalité dont il ressort que le comportement de la recourante face à la maladie se traduit par une amplification. Sinon, les autres aspects de sa personnalité ne sont pas altérés selon l'expert, à savoir son sens des réalités et sa capacité de jugement, sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts, sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions, son estime de soi et sa capacité de régression, son intentionnalité et son dynamisme, son système de défense. Au niveau des ressources personnelles, l'expert signale que la recourante n'a pas de problème au niveau de l'adaptation aux règles de routine, de la planification et structuration des tâches, de la flexibilité et capacités d'adaptation, de l'usage des compétences spécifiques, de la capacité de jugement et prise de position, de la capacité d'endurance, des aptitudes à s'affirmer, établir des relations avec autrui, à évoluer au sein d'un groupe, à entretenir des relations proches et des activités spontanées, et à se déplacer, et de l'hygiène et soins corporels. Il arrive à la conclusion qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique (complexe b. « personnalité » [diagnostic de la personnalité, ressources personnelles]). Il retranscrit l'anamnèse sociale et relève que la recourante bénéficie du soutien de son copain, de sa sœur, de son père et de sa belle-mère, ainsi que de sa mère, de son frère et de sa sœur qui vivent à (...), (complexe c. « contexte social » ; AI pce 107 p. 1801 à 1803 et p. 1807). C'est ainsi que l'expert psychiatre conclut à une gravité légère des troubles présentés (Catégorie A. « degré de gravité fonctionnel » ; AI pce 107 p. 1806).

10.1.1.16 L'expert psychiatre thématise la cohérence dans une partie intitulée « Evaluation de la cohérence et de la plausibilité » de l'expertise spécialisée. Il y relève qu'il existe, d'une part, des divergences entre les plaintes de la recourante et son comportement en situation d'examen qui ne retrouvent pas son niveau de sévérité correspondant auxdites plaintes. D'autre part, il retrouve des éléments d'autolimitation entre les plaintes de la recourante, la description de sa journée type et les constats de l'examen clinique (Catégorie B. « cohérence » [point de vue du comportement] ; AI pce 107 p. 1808). Il rapporte que la recourante décrit une journée type où elle n'est capable de presque rien faire et présente des plaintes sur le plan psychique et des douleurs

qui ne sont pas en cohérence avec les données objectives de l'examen clinique (indicateur a. « limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie » ; AI pce 107 p. 1808). Il fait état d'un profil d'effort dont aucune évolution n'est attendue. Il ne propose ainsi pas de traitement ni de réadaptation (indicateur b. « poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation » ; AI pce 107 p. 1809).

10.1.1.17 En conclusion, l'expertise spécialisée psychiatrique a été menée selon la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. 10.1.1.18 En outre, le Tribunal remarque que l'expert psychiatre, le Dr H._____ a dûment présenté les points litigieux, en citant les rapports de plusieurs praticiens consultés. Ainsi, il commence par mentionner celui du 2 février 2018 de M. Z._____ (AI pce 32 p. 960 s.) et explique que le diagnostic de syndrome dépressif d'intensité sévère qui y est posé ne reçoit pas d'arguments cliniques nécessaires selon les classifications internationales pour poser ce diagnostic. Il poursuit en relevant que 12 jours après l'établissement de ce rapport, la recourante a été hospitalisée à la DD._____ pendant trois semaines. Il constate qu'aucun diagnostic principal psychiatrique n'a alors été posé à cette occasion, seul un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive prolongée ayant été retenu dans la sphère des comorbidités. Il remarque que la DD._____ a souligné que plusieurs facteurs contextuels personnels, familiaux, professionnels et asséurologiques jouent un rôle défavorable et relate que la DD._____ a signalé que la psychopathologie est de degré léger et sans influence significative sur la capacité de travail. L'expert précise que le traitement médicamenteux prodigué a été peu utilisé (ce qui conforte les constats d'amplification concernant l'anxiété au jour de l'expertise) et note par ailleurs que le séjour à la DD._____ n'a permis de mettre en évidence aucun symptôme psycho-traumatique et n'a pas confirmé les conduites d'évitement décrites par le psychologue ; l'assurée est au demeurant restée hospitalisée, confrontée matin et soir aux soignants, aux entretiens, aux examens et aux soins, lesquels n'ont décrit aucune attaque de panique, l'anxiolytique prescrit ayant été utilisé que très rarement. L'expert psychiatre présente ensuite le point de vue du médecin généraliste exprimé dans le rapport du 13 février 2018 (Dr R._____ [AI pce 32 p. 954 à 959]), qui ne cite pas le syndrome psycho-traumatique, ni ne parle d'état de stress post-traumatique, mais évoque un syndrome dépressif réactionnel. L'expert relate ensuite le rapport d'expertise du 22 mai 2018 du Dr AA._____ (AI pce 47), qui retient un état de stress post-traumatique modéré avec réaction dépressive et somatisation, des souffrances endurées sur le plan psychiatrique estimées à 2/7, une consolidation à la fin du suivi psychologique et la présence de quelques éléments de stress post-traumatique résiduel. Le Dr H._____ critique la conclusion de ce psychiatre estimant qu'il paraît difficile qu'elle puisse travailler au contact de la clientèle. Il constate qu'aucun argument n'est fourni par le Dr AA._____ et aucun élément d'anxiété sociale, d'agoraphobie n'aurait été mis en évidence. Pour l'expert psychiatre, ce rapport confirme, d'une part, le caractère bénin des troubles encore présents. D'autre part, il corrobore, en parlant de réaction dépressive, le diagnostic de troubles de l'adaptation posé par la DD._____. L'expert expose enfin le rapport d'expertise du Dr Q._____ du 23 novembre 2020 (AI pce 91 p. 1628 à 1638). Celui-ci diagnostique un trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il avait aussi fait part d'une amplification par l'assurée de la durée du suivi psychologique et des discordances d'un comportement passablement démonstratif à la DD._____. Ce médecin avait alors retenu une capacité de travail totale sur le plan psychiatrique depuis le séjour à la DD._____ et réfuté le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Le Dr H._____ déclare adhérer

entièrement au diagnostic et à l'estimation de la capacité de travail retenus par le Dr Q._____ (AI pce 107 p. 1805 s. et 1808). Il ressort du dossier qu'un médecin évoque un impact notable sur le moral de l'assurée, mais sans poser de diagnostic (rapport du 5 novembre 2018 du Dr K._____ [AI pce 107 p. 1900]). En somme, l'expert psychiatre, le Dr H._____, a expliqué de manière circonstanciée pourquoi le syndrome dépressif sévère, retenu notamment par M. Z._____, ne pouvait pas être confirmé. On relèvera au demeurant que M. Z._____ ne détient pas le titre de psychiatre, mais celui de psychologue. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il faut alors qu'il y ait un avis convergent d'un-e psychiatre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_752/2018 du 12 avril 2019 consid. 5.3 et les références). Tel est le cas ici puisque le Dr Q._____ retient un trouble anxieux et dépressif mixte sans en préciser cependant la sévérité. Les autres médecins allant dans le sens de M. Z._____, soit les Drs R._____, P._____ (AI pce 30 p. 391 ss), T._____ (AI pce 22) et M._____ (AI pce 68 p. 1286 ss), ne sont en revanche pas psychiatres, n'étant ainsi pas légitimés à poser des diagnostics d'une telle nature. Le Dr Q._____ pose un autre diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le point de vue du Dr Q._____ a été confirmé par le Dr H._____, lequel doit par conséquent être repris. L'expert a également longuement expliqué que le trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive prolongée avait été retenu dans la sphère des comorbidités par la DD._____. On rappellera à cet égard qu'il est admis qu'un tel trouble se maintient en général pendant 6 mois au plus après la disparition du facteur déclenchant (cf. notamment <https://www.psychiatic.fr/troubles-psychiatriques/trouble-de-l-adaptation> [consulté le 10 décembre 2024]). Dès lors, il y a lieu de partir du principe que, au degré de la vraisemblance prépondérante, un tel trouble n'existait plus au moment de l'expertise pluridisciplinaire. S'agissant de l'état de stress post-traumatique modéré avec réaction dépressive et somatisation, l'expert psychiatre a détaillé les raisons qui l'incitait à ne pas retenir ce diagnostic, contrairement à un autre psychiatre, le Dr AA._____. Enfin, le rapport du 5 novembre 2018 du Dr K._____ est trop succinct et ne comporte pas de diagnostic, se limitant à relater un impact notable sur le moral de la recourante motivant la prise d'antalgique et d'antidépresseur. Cela lui ôte toute valeur probante. En conséquence, les points litigieux ont été présentés et discutés à satisfaction de droit par le Dr H._____.

10.1.1.19 Au vu de ces constatations, l'expert psychiatre retient, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (AI pce 107 p. 1809). Le Tribunal constate que ces conclusions sont, à l'exception de l'absence de détermination sur l'éventuelle incapacité de travail provoquée par la fibromyalgie, convaincantes et dûment motivées.

10.1.2 Sur la base de leurs constatations relevant des volets spécialisés, les experts ont consensuellement retenu des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après whiplash en juillet 2016 et arthrodèse C6-C7 avec extirpation d'une hernie discale en janvier 2017, de Failed Neck Surgery Syndrom et de cervicalgies avec troubles dégénératifs modérés. Sur le plan des diagnostics sans effet, ils ont indiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 : F41.2), une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 : F68.0), une épaule gauche pseudo-paralytique, une fibromyalgie, une entorse et foulure du rachis cervical en juillet 2016 avec discectomie C6-C7 et arthrodèse en janvier 2017, sans incidence neurologique, de céphalées tensionnelles sans sensibilité péri-crânienne, de status post appendicectomie, de mastodynie droite et de carence martiale supplémentée (AI pce 107 p. 1778 s.). Pour les motifs déjà exposés ci-dessus, ces conclusions ne peuvent être considérées

comme étant entièrement convaincantes ou cohérentes. Les problématiques des vertiges et de la fibromyalgie n'ont pas été investiguées à satisfaction de droit. 10.1.3 10.1.3.1 Ainsi, les capacités de travail, insuffisamment investiguées, dans l'activité habituelle de 50% (soit 8h25 de présence avec 50% de baisse de rendement) deux mois après l'accident de juillet 2016, alors qu'elle a été de 0% pendant 2 mois avant cette capacité et 4 mois après l'opération de janvier 2017, motivée par des motifs relevant de la rhumatologie, et de 100% dans une activité adaptée, sauf durant 4 mois après l'intervention de janvier 2017 où elle a été de 0%, retenues par les experts (AI pce 107 p. 1780 s.) ne sauraient être suivies. 10.1.3.2 Le Tribunal relève, au demeurant, qu'il ressort du dossier que certains médecins ont considéré que l'incapacité de travail s'élevait à 100% (rapport médical initial LAA du 3 octobre 2016 et rapport du 13 février 2018 du Dr R. _____ [AI pces 12 p. 225 ss et 32 p. 954 à 959] ; certificat et rapport médicaux des 13 septembre et 20 décembre 2017 du Dr T. _____ [AI pces 12 p. 133 et 22] ; rapport du 11 novembre 2018 du Dr K. _____ [AI pce 53], qui spécifie qu'il se prononce sur l'activité habituelle et que l'incapacité s'étend depuis le 13 février 2018). Un médecin la considère en lien avec l'activité habituelle comme uniquement temporaire, soit du 14 février au 7 avril 2018 (rapport du 2 mars 2018 du Dr V. _____ [AI pce 45 p. 1015 à 1021]) ; on en infère que la recourante a ensuite recouvré une pleine capacité de travail. Deux autres retiennent des déficits fonctionnels temporaires (rapport du 25 novembre 2019 des Drs BB. _____ et CC. _____ [AI pce 74 p. 1406 à 1427]). Un psychiatre conclut que sur le plan psychiatrique, elle n'existe plus depuis l'hospitalisation à la DD. _____ (rapport du 18 novembre 2020 du Dr Q. _____ [AI pce 91 p. 1628 à 1638] ; cf. aussi rapport du 2 mars 2018 du Dr V. _____ [AI pce 45 p. 1021]). Force est dès lors de constater que les médecins consultés s'étant prononcés sur ce point, ne sont de loin pas unanimes. Cela étant, ils ne permettent pas non plus au Tribunal d'évaluer la réelle capacité de travail de la recourante, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. 10.1.3.3 En ce qu'il confirme les conclusions des experts du centre d'expertises médicales E. _____ SA, le rapport du 28 mars 2022 du SMR (AI pce 108) souffre des mêmes lacunes. Ce faisant, il ne peut se voir accorder pleine valeur probante pour les mêmes raisons qu'en ce qui concerne l'expertise pluridisciplinaire. A cet égard, on relèvera que s'il retient uniquement les diagnostics avec effet sur la capacité de travail comme atteintes principales, il répète ceux sans effet relevés par les experts. Il corrobore en outre les capacités de travail dans les activités habituelle et adaptée, ainsi que les limitations fonctionnelles.

E. 10.2

Le Tribunal relève par ailleurs que les documents médicaux versés au dossier après l'établissement du rapport SMR jusqu'à la date de la décision entreprise ne changent rien à la situation.

E. 10.2.1

En effet, le rapport du 18 février 2021 du Dr P. _____ (AI pce 128 p. 2360 ss) pose une partie des diagnostics figurant au rapport d'expertise. Il est à noter que la distorsion cervicale stade II qui y est mentionnée correspond à des signes cervicaux limités à la musculature cervicale. Ce rapport relève cependant un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée. Or, comme il a déjà été vu ci-dessus, l'expert psychiatre a expliqué de manière convaincante pourquoi un tel diagnostic ne pouvait être suivi. Ce médecin rejoint les experts lorsqu'il fixe les limitations fonctionnelles. Il relève également une évolution vers l'invalidation.

E. 10.2.2

Il en va de même du rapport d'examen psychiatrique du 16 février 2022 du Dr Q._____, sauf qu'il retient au nombre des diagnostics, une dysthymie plutôt que le trouble anxieux et dépressif mixte (AI pce 128 p. 2102 ss). A titre d'explication, il indique que la pose de ce diagnostic est motivée par la durée de l'atteinte dans le domaine de l'humeur, laquelle existe depuis des années. Le Tribunal constate donc une continuité de l'atteinte (la dysthymie étant une forme de dépression légère sur le long terme), et non une modification de l'intensité vers une aggravation. Il rapporte à son tour une évolution dans une position d'invalidé sans se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail.

E. 10.2.3

L'appréciation du 28 septembre 2021 du Dr P._____, relève essentiellement un diagnostic équivalent à celui d'une épaule gelée (AI pce 128 p. 2209 ss). Les experts l'ont retenu sous le terme d'« épaule gauche pseudo-paralytique ». Le Dr P._____ préfère par ailleurs une protrusion discale à la hernie retenue par d'autres médecins consultés. Or, une protrusion discale se traduit par une hernie incomplète et donc une atteinte moins grave.

E. 10.2.3.1

Les griefs de la recourante, en ce qu'ils remettent en cause les activités habituelle et adaptées retenues par l'autorité inférieure, sont donc fondés. Si l'exigibilité y relative avancée par la recourante ne peut pour autant en l'état être suivie, les capacités de travail retenues par l'autorité inférieure ne sont pas probantes, sans instruction plus approfondie.

E. 10.3

S'agissant enfin des 22 pièces médicales et autres presque nouvelles accompagnant l'écrit spontané de la recourante du 22 octobre 2025 (timbre postal ; TAF pce 19), force est de constater qu'elles ont été fournies après la date de la décision litigieuse (voir supra consid. 4.2). Cependant, dans la mesure où comme nous le verrons (voir infra consid. 11) il convient d'admettre le recours en ce sens que la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision, lesdites pièces devront être prises en considération par l'autorité inférieure dans le cadre de l'instruction complémentaire.

E. 11.1

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal n'est, en l'état, pas en mesure d'examiner le degré d'invalidité de la recourante. Les éventuelles incapacités de travail liées aux vertiges et à la fibromyalgie n'ont pas été investiguées comme il se doit par l'autorité inférieure. Au surplus, les pièces au dossier ne permettent pas de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, de leur ampleur et de leur influence sur le taux d'invalidité de la recourante.

E. 11.2

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question

déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort, comme on l'a vu, du dossier que la question des éventuelles incapacités de travail découlant des vertiges et de la fibromyalgie dont souffre la recourante n'a pas été instruite à satisfaction de droit et mérite un éclaircissement.

E. 11.3

Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

E. 12

Il s'ensuit que la décision attaquée est annulée, le recours étant admis en ce sens que la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification des éventuelles incapacités de travail liées aux vertiges et à la fibromyalgie affectant la recourante s'avère en effet nécessaire. En particulier, l'OAIE tiendra compte des pièces nouvellement produites par la recourante durant la présente procédure de recours et veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants de la recourante et ordonnera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la rhumatologie, de la psychiatrie - celles-ci devant mettre en oeuvre l'évaluation normative et structurée de l'ATF 141 V 281 - de la neurologie et de la médecine interne compte tenu notamment des vertiges et le fibromyalgie dont est sujette la recourante. A cet égard, il appartiendra au centre d'expertises d'ajouter d'autres disciplines médicales, notamment la neurochirurgie, qu'il jugerait nécessaires au regard des affections dont souffre la recourante (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. c LPGA). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). La recourante étant domiciliée en France, l'on ne voit de surcroît pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. Au surplus, le centre d'expertise médicales E. _____ SA à (...) étant cependant exclu in casu - devra être désigné dans le respect des droits de participation de l'assurée (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P (cf. art. 72bis al. 2 RAI ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les médecins devront notamment déterminer les éventuelles incapacités de travail de la recourante en relation avec les vertiges et la fibromyalgie, en se conformant à la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral dans ce cadre. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au service médical de l'autorité inférieure pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

E. 13

La cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, il n'est pas nécessaire d'examiner les autres griefs de la recourante (limitations fonctionnelles ne correspondant pas à celles constatées antérieurement par les médecins consultés, ni même par l'expertise ; limitations fonctionnelles n'appréhendant pas l'ensemble des atteintes dont elle souffre ; exclusion de toute possibilité d'exercer une quelconque activité professionnelle ; quotité de la rente erronée ; échec de l'autorité inférieure à proposer, preuves à l'appui, des exemples d'activités adaptées pertinentes dans son cas ; exemples proposés ensuite incompatibles avec sa situation de santé telle qu'elle ressort du dossier et retenue par l'autorité inférieure).

E. 14.1

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Philipp Geertsens, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers (éd.), ATSG-Kommentar, 5e éd. 2024, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 14.2

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire de donner suite aux autres mesures d'instruction, en particulier à la lecture des enregistrements sonores de l'expertise pluridisciplinaire du centre d'expertises médicales E._____SA, formulées par la recourante dans son écrit spontané du 22 octobre 2025 (timbre postal). Le Tribunal est en effet convaincu que son appréciation consciencieuse des preuves ne pourra plus être modifiée par l'apport d'autres mesures probatoires, les faits présentant un degré de vraisemblance prépondérante (appréciation anticipée des preuves).

E. 15.1

Dans son écriture spontanée du 17 novembre 2025, la recourante transmet la copie d'une décision des autorités françaises du 5 novembre précédent lui reconnaissant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80%.

E. 15.2

Il convient à cet égard de rappeler que les décisions prises par la sécurité sociale française ne lient pas les autorités suisses, le droit à des prestations de l'AI suisse se déterminant exclusivement d'après le droit suisse (voir supra consid. 4.1.1).

E. 16

Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée - comme en l'espèce - à l'autorité inférieure pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.- versée sera restituée à la recourante une fois le présent arrêt entré en force.

E. 16.1

L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF). En l'espèce, la recourante a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier, soit un recours de 11 pages avec une lettre d'accompagnement d'une page, une réplique de 3 pages, une lettre de renseignement d'une page et des observations de 2 pages, le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20]), une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 2'800.-.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.