

BVGer C-7881/2024 vom 3. Januar 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-01-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7881_2024

FR: TAF C-7881/2024 du 3 janvier 2026

IT: TAF C-7881/2024 del 3 gennaio 2026

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

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 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.2

En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

E. 1.3

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

E. 1.4

Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 3), le recours est recevable.

E. 2

L'objet de la contestation, auquel doivent se rapporter le recours et sa motivation (ATF 131 V 164 consid. 2.1), est circonscrit par la décision du 2 décembre 2024 (OAIE pce 122), laquelle rejette la demande de prestations de la recourante. Est dès lors litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre d'une première demande de prestations.

E. 3

L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, est domiciliée en France et a été assurée à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI) (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est dès lors applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre

la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 par. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 par. 2 du règlement n° 987/2009). Dans ce contexte, contrairement à ce que fait valoir l'assurée à l'appui de son recours, la reconnaissance d'une invalidité de catégorie 2 par les autorités françaises (décision du 10 juillet 2023 de la G._____ : OAIE pce 4) ne préjuge aucunement de l'appréciation de l'invalidité selon le droit suisse.

E. 4.1

Au sens de l'art. 49 PA, la recourante peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

E. 4.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 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 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 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 ; Moser/Beusch/Kneubühler/Kayser, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 5.1

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

E. 5.2

Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance, au sens de l'art. 29 LAI, à partir du 1er janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2022, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état le 1er janvier 2022, ch. 1007 à 1010). En l'espèce, l'incapacité de travail de la recourante a débuté le 12 novembre 2020 (cf. consid. B.a supra) et la demande de prestations a été déposée le 20 juillet 2023 auprès des autorités françaises compétente (cf. consid. B.k supra) - démarche qui vaut à l'égard de toutes les institutions concernées en application de l'art. 45 ch. 5 du règlement 987/2009. Un éventuel droit à la rente ne pourrait dès lors prendre naissance qu'à partir du 20 janvier 2024, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). Partant, conformément à la réglementation transitoire précitée, il convient d'appliquer les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable dès le 1er janvier 2022.

E. 5.3

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 2 décembre 2024). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

E. 6

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (voir consid. A. supra) 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. 7.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité

de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA).

L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

E. 7.2

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

E. 8.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 8.2

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 et 3c). 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 par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI N 33).

E. 8.3

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 et les réf. cit. ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI N 43). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI N 7 et 42 ss, art. 59 LAI N 2). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner au dossier. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies

(ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 8.4

Les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). Cela étant, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2).

E. 9

S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres troubles résultant de maladies psychosomatiques qui y sont assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 ; 143 V 418), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée

d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 145 V 361 consid. 3.1).

E. 10

En l'espèce, dans sa décision du 2 décembre 2024, l'autorité inférieure a rejeté le droit de la recourante à une rente d'invalidité, au motif que l'exercice de l'activité habituelle serait toujours exigible à 100%. Sur le plan médical, cette décision se fonde sur les prises de position médicales des 18 octobre et 22 novembre 2024 (OAIE pces 111 et 121), rédigées par le Dr I._____, spécialiste en médecine générale auprès du Service médical régional (SMR). Il convient dès lors d'examiner si ces pièces médicales présentent une valeur probante suffisante pour trancher l'objet du litige, étant rappelé que, s'agissant de rapports internes à l'assurance, des exigences strictes doivent prévaloir, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire, selon la jurisprudence précitée (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine).

E. 11

Dans son avis SMR du 18 octobre 2024, le Dr I._____ ne retient aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Comme diagnostics non incapacitants, il mentionne des migraines ophtalmiques, une HTA traitée, un status post affection par Covid-19 en novembre 2020 et un status post maladie de Hodgkin en 1999. A ses yeux, la symptomatologie de l'assurée est exclusivement subjective (fatigue, troubles de la mémoire et de la concentration, douleurs généralisées), sans le moindre substrat organique. La découverte d'hypersignaux de la substance blanche à l'IRM s'avèrerait sans valeur pathologique. Le médecin du SMR ajoute que 4 ans après la 1ère vague de Covid-19, aucune preuve clinique solide en faveur d'un Covid long n'a jamais pu être mise en évidence. La symptomatologie resterait totalement aspécifique, alors qu'il n'y a pas de critères diagnostiques uniformes. La médiatisation initiale a mené à de nombreux surdiagnostics et il n'existe aucun consensus scientifique complet sur les causes et les mécanismes du Covid long. Selon le Dr I._____, le « certificat MDPH » met en évidence une assurée qui pourrait sans difficulté et sans aucune aide se déplacer notamment à l'extérieur, prendre soin d'elle, faire ses courses, préparer les repas et gérer ses tâches ménagères ou administratives. Dans ces circonstances, il n'y aurait pas de limitation uniforme des activités, puisque les éventuels empêchements sont sélectivement pointés vers la sphère professionnelle. Enfin, bien qu'une dépression soit alléguée, il n'existe au dossier aucune description détaillée du status psychique et l'assurée ne fait l'objet d'aucune prise en charge spécialisée. Aux yeux du médecin du SMR, il n'y a dès lors pas lieu d'admettre la moindre psychopathologie. Aucune incapacité de travail n'est donc admise. Le 22 novembre 2024, le Dr I._____ ajoute qu'aucun élément médical objectif nouveau n'a été apporté dans le cadre des objections, précisant de plus que les avis d'inaptitude (non motivés médicalement) et de reconnaissance d'invalidité français ne lient pas l'assurance invalidité suisse.

E. 12.1

Après un examen attentif des pièces au dossier, le Tribunal constate que les appréciations médicales précitées du Dr I._____, qui n'a pas examiné personnellement l'assurée, doivent se voir nier toute valeur probante. En effet, ces rapports omettent, respectivement écartent sans motifs pertinents, certaines atteintes à la santé présentées par la recourante. En

particulier, le raisonnement du médecin du SMR est contestable s'agissant du diagnostic de Covid long (cf. consid. 12.2 infra), de l'existence potentielle d'une « psychopathologie » (cf. consid. 12.3 infra), ainsi que de plusieurs autres diagnostics (cf. consid. 12.4 infra). Ses rapports ne décrivent dès lors pas la situation médicale de l'assurée de manière exhaustive et ne permettent pas au Tribunal de se prononcer de manière fiable sur la capacité de travail de cette dernière.

E. 12.2

S'agissant du diagnostic de « Covid long », dont le fondement scientifique - ainsi que le caractère potentiellement invalidant - est nié par le Dr I._____, il convient, en premier lieu, de rappeler que celui-ci ressort de manière constante du dossier. Il a en effet été attesté, sous diverses formulations, par le Dr B._____, spécialiste en médecine générale, (« développement d'un Covid long » ; rapport du 28 mai 2021 : OAIE pce 7), le Dr D._____, (« suites du Covid » ; rapport du 29 mars 2022 : OAIE pce 44 ; « symptômes après Covid » ; rapport du 6 mai 2022 : OAIE pce 47), le Dr E._____, neurologue (« les symptômes ont par la suite évolué sous la forme d'un Covid long » ; rapport du 5 décembre 2022 : OAIE pce 55), le Dr L._____, spécialiste en médecine générale au centre de soins médicaux et de réadaptation des F._____, (« prise en charge en session Covid » ; rapport du 7 février 2024 : OAIE pces 61 et 63), ainsi que par le Dr H._____, médecin conseil auprès de la G._____, (« suites compliquées après infection par Covid » ; rapport du 20 juin 2024 : OAIE pce 28). Ce diagnostic - sous ses différentes dénominations - ressort également des certificats d'incapacité de travail produits par la recourante (OAIE pces 79 à 105), ainsi que du rapport du 6 février 2025 du Dr K._____, rhumatologue, produit en cours de procédure de recours (« Covid long » : TAF pce 12 annexe). Contrairement à ce que semble retenir le médecin du SMR, ce diagnostic doit être pris en considération dans l'appréciation de la capacité de travail. D'une part, cette atteinte figure dans la CIM-11, sous le code provisoire RA02, intitulé « Affection post-Covid-19 », ce qui atteste d'un consensus médical à son égard. Selon la définition de la CIM-11, l'affection post-Covid-19 survient chez des personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement trois mois après l'apparition du Covid-19 avec des symptômes qui persistent au moins deux mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif mais aussi d'autres symptômes qui ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien - ce qui correspond à la symptomatologie attestée en l'espèce par plusieurs médecins (cf. not. rapport du Dr B._____ du 28 mai 2021 ; rapport du Centre médical F._____ du 7 février 2024, rédigé après une prise en charge neuropsychologique ; rapport du 20 juin 2024 du Dr H._____ : OAIE pces 7, 28, 61 et 63). Selon la CIM-11, les symptômes peuvent être d'apparition nouvelle après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de Covid-19 aigu, ou persister depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également fluctuer ou récidiver au fil du temps. D'autre part, la jurisprudence du Tribunal fédéral a déjà reconnu la nécessité de prendre en considération un diagnostic de syndrome post-Covid-19, pour autant qu'il ait été posé par un médecin, dans l'examen de la capacité de travail d'un assuré (arrêt du TF 9C_63/2023 du 6 novembre 2023 consid. 5.1, cf. également arrêt du TF 8C_578/2023 du 6 mai 2024). Au surplus, plusieurs auteurs dans la doctrine ont estimé que la partie non somatique du Covid long devait être traitée de manière similaire aux maladies psychiques et aux troubles dits non objectivables (Anne-Sylvie Dupont, Etat de droit et état d'urgence : perspectives sous l'angle du droit des assurances, 2023, SJ 2023 p. 345 ; Egli/Kradolfer/Vokinger, Long Covid, RSAS pp. 176 et 182 à 183).

Selon la jurisprudence, la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 145 V 361 consid. 3.1 ; cf. également consid. 10 supra). Le point de vue de ces auteurs est par ailleurs corroboré par le Groupe de travail post-Covid-19 commun entre l'Universitätsspital de M._____ et la N._____, dans le document « Recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid-19 en Suisse (Version 2.0) », daté du 31 juillet 2023. Cette publication recommande en effet une expertise pluridisciplinaire en médecine interne/infectiologie et neurologie/neuropsychologie, si les symptômes persistent pendant plus de 12 mois (ou en cas de convalescence après une forme grave, après la fin des mesures thérapeutiques), comme c'est le cas en l'espèce. La mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire était donc nécessaire dans la présente affaire. Dans ce contexte, le bref et superficiel examen des indicateurs du Tribunal fédéral effectué par le médecin du SMR dans sa prise de position du 18 octobre 2024 apparaît largement insuffisant. Dans son raisonnement, le Dr I._____ a en effet exclu tout caractère invalidant à l'éventuel diagnostic de Covid long, au motif que les empêchements de la recourante, décrite comme autonome pour les activités de la vie quotidienne, seraient sélectivement orientés vers la sphère professionnelle, selon le « certificat MDPH » au dossier. Le médecin du SMR fait ici vraisemblablement référence au rapport du 28 mai 2021 du Dr B._____ (OAIE pce 7). Or, contrairement à ce que considère le Dr I._____, une pleine autonomie de l'assurée dans les activités quotidiennes ne saurait sans autre être déduite du rapport du médecin traitant, dont le contenu est en réalité contradictoire. Si le Dr B._____ confirme effectivement que la recourante peut accomplir les actes de la vie quotidienne « sans difficulté et sans aucune aide » (OAIE pce 7 p. 5 à 7), il précise aussi qu'elle bénéficie de l'aide quotidienne de son compagnon (OAIE pce 7 p. 7), qu'elle souffre de difficultés de concentration et d'un ralentissement psychomoteur impactant la vie quotidienne (OAIE pce 7 p. 6) et d'un tableau de Covid long impactant la vie quotidienne (OAIE pce 7 p. 8). De plus, ce rapport, particulièrement ancien par rapport à la décision attaquée du 2 décembre 2024, est contredit par certains éléments médicaux postérieurs à sa rédaction. D'une part, le rapport du 7 février 2024 du Centre médical F._____ (OAIE pces 61 et 63) met en évidence des difficultés cognitives affectant les activités quotidiennes, pour lesquelles la recourante ne serait pas autonome. D'autre part, dans le questionnaire à l'assurée du 31 juillet 2024 (OAIE pce 106), la recourante décrit l'impact de son atteinte à la santé sur ses tâches ménagères : elle y explique devoir consacrer davantage de temps à chacune d'elles et bénéficier de manière conséquente de l'aide de son conjoint. Les pièces du dossier ne permettent dès lors pas de confirmer l'appréciation sommaire du médecin du SMR, laquelle ne saurait par ailleurs aucunement se substituer à une analyse conforme aux indicateurs standards définis par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. voir ci-dessus ; ég. consid. 9 supra), ni a fortiori à l'expertise pluridisciplinaire nécessaire en l'espèce. Il s'ensuit que l'appréciation du SMR relative au Covid long est lacunaire, que ce soit sous l'angle de la prise en compte du diagnostic, écarté à tort, ou de celui de son potentiel impact sur la capacité de travail de la recourante, qui n'a pas fait l'objet d'une analyse respectant les exigences du Tribunal fédéral en la matière.

E. 12.3

En sus de présenter des lacunes quant au diagnostic de Covid long, la prise de position médicale du Dr I._____ apparaît également défaillante s'agissant de l'état de santé psychiatrique de la recourante. Le médecin du SMR écarte en effet l'existence d'une « psychopathologie », au seul motif de l'absence de description détaillée du status psychique dans les rapports présents au dossier et d'absence de suivi spécialisé. Un tel raisonnement n'est pas soutenable. Une problématique dépressive ressort en effet de façon répétée du dossier. Dès le 28 mai 2021, le Dr B._____ signalait une « connotation dépressive » et la mise en place d'un traitement antidépresseur. Les ordonnances médicales produites par l'assurée auprès de l'autorité inférieure confirment un traitement par Cymbalta, respectivement Amitriptyline (ordonnances des 2 mars et 5 décembre 2022 : OAIE pces 56 et 57 p. 4). Enfin, à l'issue d'une évaluation en Hôpital de jour de plusieurs mois en 2023, le Centre médical F._____ a rapporté, dans son évaluation finale du 7 février 2024, une « thymie basse », tandis que le Dr H._____, dans son rapport du 20 juin 2024, rédigé quelques mois avant la décision attaquée du 2 décembre 2024, fait toujours état d'un « état dépressif réactionnel ». Trois médecins ont ainsi rapporté l'existence d'éléments psychiatriques, après avoir examiné personnellement la recourante alors qu'un traitement par antidépresseur est documenté. En présence d'indices concordants de nature psychiatrique, le SMR ne pouvait se contenter de nier purement et simplement toute psychopathologie, même en l'absence d'un suivi psychiatrique. Contrairement à ce que semble estimer le Dr I._____, l'autorité inférieure se devait alors, conformément au devoir d'instruction d'office qui lui incombe, de procéder à des investigations complémentaires. La conclusion du médecin du SMR apparaît d'autant plus problématique que les lacunes dans l'instruction psychiatrique du dossier sont directement imputables à l'autorité inférieure. En effet, celle-ci avait adressé une demande formelle de rapport médical détaillé E213 aux autorités françaises (OAIE pce 24), ce qui aurait permis d'obtenir une description précise du status médical de l'assurée, y compris sur le plan psychiatrique. Or, l'OAIE n'a jamais obtenu le rapport demandé en retour, s'étant contenté d'un très bref avis médical émanant du médecin conseil de la G._____, daté du 20 juin 2024 (OAIE pce 28). Dans ces circonstances, les conclusions du médecin du SMR, qui reposent sur un dossier incomplet, ne sont aucunement probantes sur le plan psychiatrique.

E. 12.4

A ces éléments, il convient encore d'ajouter que le médecin du SMR n'a pas pris en compte plusieurs autres diagnostics présentés par l'assurée. Ainsi, certaines atteintes, tel le canal lombaire étroit qui ressortait du rapport du 29 mars 2022 du Dr D._____, neurochirurgien (OAIE pce 44), sont purement et simplement ignorées par le Dr I._____. D'autres, à l'image de l'ostéopénie lombaire constatée dans le rapport d'ostéodensitométrie du 18 août 2022 (OAIE pces 51 et 52), apparaissent uniquement dans le résumé des pièces au dossier, mais ne figurent pas parmi les diagnostics retenus.

E. 12.5

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que des doutes importants subsistent à l'encontre des conclusions de la prise de position SMR du 18 octobre 2024 du Dr I._____, laquelle écarte plusieurs des diagnostics présentés par la recourante, pour des motifs non pertinents. Elle ne reflète dès lors pas l'état de santé de la recourante de façon exhaustive et ne permet pas de statuer sur la capacité de travail de l'assurée en pleine connaissance de cause. Ces doutes doivent conduire à nier toute valeur probante à ladite prise de position.

E. 12.6

S'agissant des avis successifs du SMR des 22 novembre 2024 (OAIE pce 121) et 13 juin 2025 (TAF pce 14 annexe), ils se bornent à prendre position sur les nouvelles pièces produites par l'assurée dans le cadre des objections et de la procédure de recours, concluant que ces dernières n'étaient pas de nature à remettre en cause la conclusion initiale du 18 octobre 2024. Or, comme on l'a vu, la valeur probante de la prise de position du 18 octobre 2024 doit être niée, celle-ci ayant omis plusieurs diagnostics présentés par l'assurée. Les avis postérieurs du SMR doivent ainsi également se voir nier toute valeur probante.

E. 13.1

En définitive, l'instruction médicale mise en oeuvre par l'autorité inférieure, fondée sur des rapports dépourvus de valeur probante, se révèle lacunaire et insuffisante. La décision du 2 décembre 2024 doit être annulée. Par ailleurs, conformément à la jurisprudence constante (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine), une instruction complémentaire est indispensable pour pouvoir trancher de la présente affaire.

E. 13.2

Aux termes de 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. 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 simplicité et de rapidité de la procédure, 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 de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment 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 (arrêt du TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.), lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, 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'avère nécessaire (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 13.3

Dès lors, dans le cas présent, l'OAIE mettra en oeuvre une expertise pluridisciplinaire en médecine interne/infectiologie et neurologie/neuro psychologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1 ; Anne-Sylvie Dupont, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPG, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse - l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) -, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPG), dans le respect des droits de participation de la

recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid.5.2.1 ; arrêt du TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7 ; arrêts du TAF C-2141/2020 du 27 mars 2023 consid. 13 ; C-2578/2022 du 16 mars 2023 consid. 8 ; C-6862/2019 du 3 août 2021 consid. 5.3). A l'issue de l'instruction complémentaire, l'autorité inférieure se prononcera à nouveau sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance.

E. 14

Vu l'issue du litige, il n'est pas nécessaire d'aborder les autres griefs de la recourante à l'encontre de la décision attaquée, portant sur les éléments économiques pris en compte par l'OAIE pour déterminer son taux d'invalidité.

E. 15

Au vu ce qui précède, le recours contre la décision du 2 décembre 2024 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 16.1

Selon l'art. 63 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont en général mis à la charge de la partie qui succombe (al. 1). Ils peuvent être mis à la charge de la partie qui a gain de cause que si elle les a occasionnés en violant des règles de procédure (al. 3). Aussi la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral est-elle en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1rbis et 2 LAI ; cf. arrêt du TF 9C_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.2).

E. 16.2

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid.7.1 ; 132 V 215 consid. 6 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 ; 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6). Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de 800 francs versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

E. 16.3

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce toutefois, dans la mesure en particulier où la partie recourante n'est pas représentée, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF). (le dispositif figure sur la page suivante)