

BVGer C-246/2019 vom 27. November 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-246_2019_d20181127

FR: TAF C-246/2019 du 27 novembre 2018

IT: TAF C-246/2019 del 27 novembre 2018

Regeste

Droit ` la rente | Assurance-invalidité, octroi d'une rente entière et de deux rentes complémentaires pour enfant limitées dans le temps (décision du 27 novembre 2018)

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), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'AI et à deux rentes pour enfant liées à celle de la mère, plus particulièrement, compte tenu des conclusions du recours, pour la période s'étendant du 1er avril 2016 au 30 juin 2018.

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, ATF 121 V 204 consid. 6c ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 3.2

En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2). Etant donné que la recourante a son domicile en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque où elle travaillait en Suisse, elle doit être qualifiée de frontalière si bien que 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.

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, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 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. 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), 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 (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 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 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 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

S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les

modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705 ; FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce.

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 27 novembre 2018). 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, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 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).

E. 5

En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (AI pce 150 p. 5) 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

septembre 2009 (recte : 2011 ; AI pce 4). B.b L'OAI a instruit la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques usuels (AI pces 6 ss). B.c Par communication du 27 août 2012, l'OAI a refusé des mesures d'intervention précoce et de réadaptation, au motif que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé (AI pce 20). B.d Consulté par l'OAI, le service médical régional (SMR) a, dans un avis du 18 mars 2013 rédigé par la Dresse D. _____, médecin SMR (aucune information supplémentaire dans MedReg), recommandé de demander au médecin traitant si l'état de santé de l'intéressée était stabilisé, sinon dans

C-246/2019 Page 3 quel délai, quelles sont les limitations fonctionnelles détaillées et la capacité de travail sur une activité à 100 % (AI pce 30). Sur la base des informations reçues et d'un entretien téléphonique avec le médecin traitant, le SMR a, dans un avis médical du 19 juillet 2013, demandé à l'OAI de poser des questions complémentaires à plusieurs des médecins traitants (AI pce 37). Sur la base des réponses, le SMR a, dans un avis médical du

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

C-246/2019 Page 11 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. 6.3.1

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du ou de la bénéficiaire potentiel-le de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2, 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2, 9C_875/2015 du

E. 6.3.2

S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment

C-246/2019 Page 12 ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

E. 6.3.3

Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de la personne assurée qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteinte dans sa santé et de laquelle on ne peut raisonnablement exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Il s'agit de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. On compare alors les activités que la personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspond à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (cf. art. 27 RAI s'agissant de la définition des travaux habituels). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité selon la méthode spécifique résulte souvent d'une enquête ménagère menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI) laquelle a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux (arrêts du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2, 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2, 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). Afin de garantir un traitement égal des personnes assurées, l'appréciation des limitations intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) qui tient compte des

différents domaines de la gestion du ménage et fixe leur part maximale à prendre en considération dans le cas concret dont le total doit correspondre à une valeur de 100 %. Ce tableau a été modifié en 2018 et ne distingue désormais plus que 5 domaines partiels, soit l'alimentation, l'entretien du logement ou de la maison et la garde des animaux domestiques, les achats et courses diverses, la lessive et l'entretien des vêtements ainsi que les soins et l'assistance aux enfants et aux proches (cf. ch. 3087 1/2018 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]). Un rapport d'enquête doit de plus être rédigé. Son contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations retenues et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le tribunal ne saurait le remettre en cause que s'il est évident que l'appréciation repose sur des erreurs manifestes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2, 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1).

C-246/2019 Page 13

E. 6.3.4

L'art. 28a al. 3 LAI décrit la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité qui s'applique notamment lorsque la personne assurée exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels. Le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité selon les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI cités ci-dessus et l'invalidité globale est déterminée selon les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, pondérée en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (ATF 141 V 15 consid. 4.5, 137 V 334 consid. 3.1). Depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016, l'application de la méthode mixte est restreinte (ATF 144 I 28 consid. 4.2 s. et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3), mais toujours déterminante en dehors de la situation décrite dans l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme susmentionné (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.2 et 9C_33/2017 du 18 septembre 2017 consid. 4.2 et les références). Le Conseil fédéral a de son côté élaboré un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, et modifié le règlement sur l'assurance-invalidité en conséquence, avec effet au 1er janvier 2018. Dorénavant, le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative, toujours régi par l'art. 16 LPGA, se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps, la perte de gain exprimée en pourcentage étant ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait la personne concernée si elle n'était pas invalide. Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels, par rapport à la situation dans laquelle serait la personne concernée si elle n'était pas invalide, et on pondère ce pourcentage par la différence entre le taux d'occupation de la personne concernée sans invalidité et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 27bis al. 2 à 4 RAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2018).

E. 6.3.5

S'agissant de l'évaluation de l'invalidité des personnes qui ont décidé de leur propre gré lorsqu'elles ont été non atteintes dans leur santé de réduire leur horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre leur formation (ou leur perfectionnement

professionnel), ou si le marché du travail ne leur permettait pas d'avoir une activité à plein temps, la jurisprudence a précisé qu'il faut appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus et que la méthode mixte n'a pas à intervenir

C-246/2019 Page 14 (cf. ATF 142 V 290 consid. 7, 135 V 58 consid. 3.4.1, 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2 ; cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1 pour les activités sportives, et 9C_615/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.4 pour l'étude des langues).

E. 6.3.6

Il sied par ailleurs de rappeler que selon un principe général valable en assurances sociales, la personne assurée a l'obligation d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 129 V 460 consid. 4.2, 123 V 230 consid. 3c et les références). S'agissant à titre d'exemple d'un assuré qui s'occupe du ménage, l'on peut ainsi attendre de lui qu'il facilite ses tâches, qu'il répartisse différemment son travail, en aménageant des pauses ou en repoussent les travaux peu urgents. Il doit également recourir à l'aide des membres de sa famille. D'après la jurisprudence, cette aide va dans ce contexte au-delà de ce que l'on peut attendre d'eux si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, et I 681/02 du 11 août 2003) et il y a lieu de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable dans la même situation et les mêmes circonstances pour alléger les tâches domestiques de l'assuré (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4 ; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 28a LAI n° 109). Si la personne assurée ne prend pas de dispositions en vue de réduire l'impact de son invalidité, il ne sera pas tenu compte, lors de l'évaluation de l'invalidité, de la diminution de sa capacité de travail qui en résulte.

E. 6.4

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 États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

C-246/2019 Page 15 7. 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). 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).

C-246/2019 Page 16 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 : ainsi 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee). 7.1.2 Selon la jurisprudence, il n'est 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. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d). 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 Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss, 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7, 10 s., 42 ss, art. 59 LAI n° 2). Les prises de position des 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 Tribunal fédéral 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 assurée, ainsi que de faire une

recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces 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

C-246/2019 Page 17 raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du

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). 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 : ainsi 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 7.1.2

Selon la jurisprudence, il n'est 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. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d). 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 Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss, 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 7, 10 s., 42 ss, art. 59 LAI n° 2). Les prises de position des 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 Tribunal fédéral 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 assurée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 7.2

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. 7.3

Pour mémoire, 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 révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation 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. 7.4

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 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, 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. 8

Dans le cadre de l'instruction de la demande, ont été notamment versés au dossier les documents suivants : - une déclaration de sinistre LAA du 9 septembre 2011 (AI pce 9 p. 53) ; - un compte-rendu opératoire du 9 septembre 2011 des Drs J._____, chirurgien, et K._____, chirurgien, se référant à une révision des plaies et diagnostiquant une plaie de la fesse droite et un dégantage de la coque talonnière droite (AI pce 9 p. 76) ; - un compte-rendu opératoire du 13 septembre 2011 des Drs L._____, chirurgien, et K._____, ayant traité à une révision lavage arthrotomie, réinsertion méniscale externe, bursectomie du genou gauche, ainsi qu'à un débridement, lavage de plaie talonnière, mise

en place d'un pansement à vacuum assisted closure (VAC) du talon droit, et émettant des diagnostics d'arthrotomie du genou gauche et de dégantage talonnier droit (AI pce 9 p. 74 s.) ; - un compte-rendu opératoire du 22 septembre 2011 des Drs M._____, chirurgien, et N._____, chirurgien, se rapportant à un changement de VAC et retenant un diagnostic de dégantage de la coque talonnière droite (AI pce 9 p. 73) ; - un compte-rendu opératoire du 23 septembre 2011 des Drs O._____, médecin interne, et P._____, pour un diagnostic de luxation traumatique C5-C6, l'intervention ayant pris la forme d'une fixation postérieure et allogreffe osseuse C5-C6 par système vertex (AI pce 41 p. 182 s.) ; - un compte-rendu opératoire du 27 septembre 2011 du Dr L._____, en lien avec une réfection VAC, des photos prises pour les plasticiens et une plaie bourgeonnante propre, posant un diagnostic de réfection VAC du talon droit (AI pce 9 p. 72) ; - une lettre de transfert du 28 septembre 2011 du Prof. Q._____, chef de service neurochirurgical, et des Drs R._____, chef de clinique neurochirurgical, S._____, médecin interne, et P._____, faisant état d'une hospitalisation en raison d'une luxation des vertèbres C5-C6, d'un diagnostic principal de luxation C5-C6 avec crochettage articulaire unilatéral à droite, ainsi que des diagnostics secondaires de fracture de la base du crâne notamment du condyle gauche, au niveau du foramen jugulaire à droite, de suspicion de dissection vertébrale droite, de perte de substance au niveau du talon à droite, de fracture calcanéenne droite, de pneumothorax droit et petits foyers de contusion du lobe supérieur du poumon droit, de discret pneumodiastin, de petite contusion de grade I du foie, de fracture de l'aileron sacré bilatéral et du cotyle à gauche, et de fracture du processus transverse lombaire et plusieurs fractures costales antérieures droites. Il est signalé que les interventions chirurgicales ont consisté en une réduction de la luxation, microdissectomie C5-C6 et mise en place d'une cage Fidji et plaque Venture le 7 septembre 2011, ainsi qu'en une fixation postérieure C5-C6 et allogreffe osseuse C5-C6 par système vertex le 23 septembre 2011. L'examen clinique de sortie a relevé l'absence de déficit des nerfs crâniens, un reste du status superposable, une plaie cervicale antérieure propre et une plaie cervicale postérieure érythémateuse, fibrineuse, pas d'écoulement. Une incapacité de travail à 100 % a été établie (AI pce 41 p. 178 ss) ; - un compte-rendu opératoire du 3 octobre 2011 du Dr M._____, pour ce qui concerne un changement de VAC et diagnostiquant un dégantage de la coque talonnière droite (AI pce 9 p. 71) ; - un compte-rendu opératoire du 5 octobre 2011 du Dr T._____, chirurgien, en ce qui concerne un changement de VAC et retenant un diagnostic de dégantage de coque talonnière droite (AI pce 9 p. 70) ; - une demande de garantie pour la rééducation locomotrice du 24 octobre 2011 de la Dresse U._____, cheffe de clinique, indiquant des diagnostics d'accident le 6 septembre 2011 avec fracture-luxation cervicale C5-C6 avec crochettage facettaire unilatéral à droite, traitée le 7 septembre 2011 par réduction de la luxation, microdissectomie C5-C6 et mise en place d'une cage Fidji et plaque Venture. 2ème intervention le 23 septembre 2011 pour fixation postérieure C5-C6 et allogreffe osseuse C5-C6 par système Vertex, fracture du bord antéro-supérieur de D6, discrètement déplacé, fracture du bord antéro-latéral gauche de D7, fracture des processus transverses de L2 à L4 à gauche, fracture de l'aileron sacré bilatéral, en zone II (Denis), fracture du bord postérieur du cotyle gauche, fracture des 8ème aux 11ème arcs costaux postérieurs droits, arthrotomie traumatique du genou gauche, traitée par lavage chirurgical, réinsertion méniscale externe, et bursectomie le 10 septembre 2011, fracture calcanéum droite traitée par fixateur externe, dégantage du talon droit traité par plusieurs débridements et lavages chirurgicaux, VAC puis greffe de peau mince le 13 octobre 2011 par les chirurgiens plasticiens, fracture bilatérale de la base du crâne (condyle gauche et au niveau

du foramen jugulaire droit), discret HSD hémisphérique gauche et une discrète HSA bilatérales associé à des lésions axénales diffuses millimétriques pariétal gauche, pneumothorax droit surtout antérieur traitée par drain thoracique et petits foyers de contusion du lobe supérieur du poumon droit, contusion hépatique sous-capsulaire du segment V de grade I, plaie fessière droite traitée, escarre de l'omoplate gauche, en voie de résolution, déconditionnement physique global sur alitement prolongé (6 semaines) ; une rééducation dans le service de 6 semaines a été demandée à partir de la date d'entrée (AI pce 9 p. 68 s.) ; - une lettre de sortie du 28 octobre 2011 établie par les Drs V._____, chef de clinique, et W._____, médecin interne, ainsi que le Prof. X._____, médecin-chef de service, tous du service, Hôpitaux Y._____. (Y._____), de chirurgie orthopédique ambulatoire, indiquant une hospitalisation pour cause de suite de prise en charge post-polytraumatisme et posant des diagnostics de discret hématome sous dural hémisphérique gauche et discrète hémorragie sous-arachnoïdienne des deux côtés, de fracture de la base du crâne en passant par la mastoïde droite, sans déplacement, de luxation C5-C6 avec recul du mur postérieur sur la partie supérieure de C6, de pneumothorax droit, de fracture de l'aileron sacré des deux côtés, de fracture du bord postérieur du cotyle gauche, de fracture du processus transverse de L2 à L4 à gauche, de fracture du 8ème au 11ème arc costal postérieur droit, d'arthrotomie du genou gauche et de dégantage talonnier droit et fracture du calcanéum droit (AI pce 9 p. 64 ss) ; - une prescription de physiothérapie du 21 décembre 2011 du Dr Z._____, médecin interne, fixant des diagnostics de fracture-luxation cervicale C5-C6 avec crochettage facettaire unilatérale à droite, traitée le 7 septembre 2011 avec réduction de la luxation, microdiscectomie C5-C6 et mise en place d'une cage Fidji et plaque Venture, 2ème intervention le 23 septembre 2011 pour fixation postérieure C5-C6 et allogreffe osseuse C5-C6 par système vertex, de fracture du bord antéro-supérieur de D6, discrètement déplacé, de fracture du bord antéro-latéral gauche de D7, de fracture des processus transverse de L2 à L4 à gauche, de fracture de l'aileron sacré bilatéral, de fracture du bord postérieur du cotyle gauche, de fracture du 8ème au 11ème arc costal postérieur droit, d'arthrotomie traumatique du genou gauche, traitée par lavage chirurgical, réinsertion méniscale externe, et bursectomie le 10 septembre 2011, de fracture calcanéenne droite traitée par fixateur externe, de dégantage du talon droit traité par plusieurs débridements et lavages chirurgicaux, VAC puis greffe de peau mince le 13 octobre 2011 par les chirurgiens plasticiens, de fracture bilatérale de la base du crâne (condyle gauche et au niveau du foramen jugulaire droit), de discret HSD hémisphérique gauche et discrète HSA bilatérale associée à des lésions axonales diffuses millimétriques pariétal gauche, de pneumothorax droit surtout antérieur traité par drain thoracique et petits foyers de contusion du lobe supérieur du poumon droit, de contusion hépatique sous-capsulaire du segment V de grade I, de plaie fessière droite traitée et d'escarre de l'omoplate gauche, en voie de résolution (AI pce 9 p. 60 s.) ; - une lettre de sortie du 3 janvier 2012 de la Dresse U._____ et du Dr Z._____, envisageant des diagnostics de polytrauma sur AVP le 6 septembre 2011 avec fracture-luxation cervicale C5-C6 avec crochettage facettaire unilatérale à droite, traitée le 7 septembre 2011 avec réduction de la luxation, microdiscectomie C5-C6 et mise en place d'une cage Fidji et plaque Venture, 2ème intervention le 23 septembre 2011 pour fixation postérieure C5-C6 et allogreffe osseuse C5-C6 par système vertex, fracture du bord antéro-supérieur de D6, discrètement déplacée, fracture du bord antérolatéral gauche de D7, fracture des processus transverses de L2 à L4 à gauche, fracture de l'aileron sacré bilatéral, fracture du mur postérieur du cotyle gauche, fracture du 8ème au 11ème arc costal postérieur droit, arthrotomie traumatique du

genou gauche, traitée par lavage chirurgical, réinsertion méniscale externe, et bursectomie le 10 septembre 2011, fracture du calcanéum droit traitée par fixateur externe, enlevé le 7 novembre 2011, dégantage du talon droit traité par plusieurs débridements et lavages chirurgicaux, VAC puis greffe de peau mince le 13 octobre 2011 par les chirurgiens plasticiens, fracture bilatérale de la base du crâne (condyle gauche et région du foramen jugulaire droit), TCC avec discret hématome sous-dural hémisphérique gauche et discrète hémorragie sous-arachnoïdiennes bilatérales associés à des lésions axonales diffuses millimétriques pariétales gauches, pneumothorax droit surtout antérieur traité par drain thoracique et petits foyers de contusion du lobe supérieur droit, contusion hépatique sous-capsulaire du segment V de grade I, plaie fessière droite suturée, escarre de l'omoplate gauche, en voie de résolution, ainsi que de déconditionnement physique global sur alitement prolongé et polytrauma, et exérèse de kyste ovarien en 2010 (AI pce 25 p. 138 ss) ; - une prescription de physiothérapie du 24 janvier 2012 du Dr AA._____, chef de clinique au sein de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique, Y._____, retenant des diagnostics de polytrauma du 6 septembre avec dégantage du talon droit, arthrotomie du genou gauche, cotyle gauche et sacrum (AI pce 9 p. 57) ; - un rapport du 14 février 2012 du Dr P._____, médecin adjoint au sein du service de neurochirurgie, Y._____, se rapportant à une consultation de neurochirurgie du 6 février 2012 et relatant notamment qu'au contrôle, la recourante décrit une absence quasi complète de douleurs cervicales, que les radiographies effectuées montrent un status post-arthrodèse 360° de C5-C6 bien en place, sans complication décelable, que la recourante présente une légère hypermobilité en C6-C7 et qu'il aimerait effectuer une IRM de la colonne cervicale afin de pouvoir investiguer ce signe de Lhermitte (AI pce 11 p. 79) ; - un rapport d'évaluation de l'assureur-accidents du 20 février 2012 (AI pce 9 p. 49 ss) ; - un rapport du 28 février 2012 afférent à une IRM de la colonne cervicale de la veille, établi par la Dresse AB._____, médecin adjointe agrégée, et le Dr AC._____, médecin interne, pour une indication de légère hyper-mobilité en C6-C7 et qui conclut à une myélopathie C3-C4 et C5 bilatérale postérieure (AI pce 11 p. 80) ; - divers certificats médicaux des Drs AA._____, Z._____ et AD._____, médecin interne, prononçant des arrêts de travail à différentes hauteurs (AI pce 9 p. 54, 59, 63, pce 23 p. 123, 126, 127, 128, 130, pce 28 p. 149, 150, 151) ; - un certificat médical intermédiaire du 13 mars 2012 du Dr AE._____, chirurgien, posant un diagnostic de cicatrice instable du talon, amputation du talon et faisant état d'une bonne évolution, d'oedème et d'une attente de diminution de ce dernier pour réévaluation (AI pce 9 p. 55) ; - une notice d'entretien de l'assureur-accidents du 27 mars 2012 (AI pce 9 p. 41 s.) ; - un extrait du compte individuel du 28 mars 2012 (AI pce 8) ; - un rapport du 5 avril 2012 du Dr AE._____, département de chirurgie, Y._____, retenant un diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'amputation du talon droit existant depuis l'accident, observant des pertes de substance ainsi que des difficultés à la marche, jugeant nécessaire une reconstruction par lambeau, recommandant une physiothérapie, renvoyant au médecin traitant pour la détermination de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, signalant qu'une chaussure spéciale sera nécessaire et qu'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle mais que la date correspondante n'est pas connue (AI pce 12) ; - une prescription de physiothérapie du 27 avril 2012 éditée par le Dr AA._____, qui fait état d'un diagnostic inchangé (AI pce 23 p. 129) ; - un rapport du 30 avril 2012 du Dr P._____ relatif à une consultation de neurochirurgie du même jour et qui relève lors de l'examen clinique que la recourante décrit une disparition complète des décharges type électriques présentes lors de la dernière consultation au mois de février (signe de Lhermitte) et une

hypoesthésie séquellaire au bout des doigts mais en légère amélioration. Compte tenu du résultat de l'IRM cervicale, le médecin ne préconise pas de nouveau contrôle à distance et informe la recourante quant aux signes d'alarme clinique qui pourraient témoigner d'une augmentation d'un petit kyste sous-arachnoïdien post traumatique suspecté (AI pce 41 p. 177) ; - un questionnaire pour l'employeur du 29 mai 2011 [recte : 2012] (AI pce 15) ; - une prescription de physiothérapie du 13 juillet 2012 émise par le Dr AA. _____ (AI pce 23 p. 125) ; - un rapport du 10 août 2012 du Dr AA. _____, fixant un diagnostic de polytraumatisme existant depuis le 6 septembre 2011, notant une persistance d'une raideur au niveau du genou gauche, un trouble de la marche post-greffe du talon droit et un déconditionnement physique, ainsi que retenant une incapacité [recte : capacité] de travail dans l'activité habituelle de 0 % du 6 septembre 2011 au 12 février 2012, de 90 % du 13 mars au 26 mars 2012, de 80 % du 27 mars au 9 avril 2012, de 70 % du 10 avril au 6 juin 2012, de 50 % du 7 juin au 13 juillet 2012, de 60 % du 14 juillet au 30 septembre 2012, puis à réévaluer, et signalant que l'activité habituelle est encore exigible du point de vue médical, mais que le cas n'est pas stabilisé, que l'on peut s'attendre à la reprise de ladite activité à partir du mois d'octobre 2012 avec augmentation progressive. Sont indiquées les limitations fonctionnelles suivantes : activité uniquement en position assise mais pas à ce moment, pas d'activité uniquement en position debout, exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, monter sur une échelle/un échafaudage, tout en prévenant que le cas n'est pas stabilisé et qu'il faut un chaussage adapté (AI pce 19) ; - un certificat médical intermédiaire du 10 septembre 2012 du Dr AA. _____, attestant notamment une incapacité de travail de 60 % du 14 juillet au 30 septembre 2012, une reprise à un taux plus élevé ayant échoué en juin 2012 (AI pce 23 p. 124) ; - une notice d'entretien de l'assureur-accidents du 17 septembre 2012, évoquant que la recourante a augmenté son taux aux 50 % de ses 80 % et qu'une augmentation progressive devrait avoir lieu dès la prochaine visite chez le médecin au début du mois d'octobre 2012, la recourante ayant toutefois pensé que sa guérison irait plus vite, ce qui a eu un impact sur son moral dans le courant de l'été 2012 quand elle a dû réduire son taux d'activité (AI pce 23 p. 113 s.) ; - un rapport médical intermédiaire du 7 novembre 2012 de la Dresse AF. _____, médecin interne, constatant que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire concernant la plaie du talon et s'est amélioré au niveau de l'oedème et soulignant l'absence de changements dans les diagnostics, tout en renvoyant au médecin traitant pour la détermination de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (AI pce 22) ; - un rapport du 12 février 2013 du Dr AD. _____, lequel renvoie pour le diagnostic avec effet sur la capacité de travail à une lettre de sortie de rééducation existant depuis le 6 septembre 2011 tout en mentionnant un état dépressif modéré (sans suivi), précise qu'au niveau du talon droit, la récupération totale est impossible, signale une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 80 % du 11 février au 31 mars 2013, et déclare que l'activité habituelle est exigible du point de vue médical à 80 %, sans réduction de rendement, tout en avertissant qu'il est trop tôt pour se prononcer sur une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail. Il est en outre indiqué que la recourante s'est fait licenciée fin janvier 2013 et qu'elle souhaite changer d'orientation professionnelle. Le médecin a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : activité uniquement en position assise avec une performance de 80 %, activité dans différentes positions, pas d'activité uniquement en position debout, exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, soulever/porter au maximum 5 kg, ne pas monter sur une échelle/un échafaudage, les escaliers, capacité de concentration limitée du fait d'un état psychique encore fragile et résistance limitée. Une lettre de sortie du

3 janvier 2012 de la Dresse U. _____ et du Dr Z. _____ est annexée (AI pce 25) ; - un contrat d'accompagnement du 23 mai 2013 conclu avec l'assurance-chômage française (AI pce 43 p. 186) ; - une ouverture de droit à l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi du 5 juin 2013 de l'assurance-chômage française, avec début au 18 mai 2013 et une durée de 730 jours (AI pce 43 p. 185) ; - un certificat médical intermédiaire du 14 juin 2013 du Dr AD. _____, posant un diagnostic inchangé et un état dépressif post traumatique, relevant une marche toujours limitée par la fragilité cutanée du talon droit, une cervicalgie et une raideur cervicale empêchant tout port de charge, tout en concluant à une capacité de travail de 60 % du 9 novembre 2012 au 10 février 2013, puis de 80 % du 11 février 2013 à une date à réévaluer (AI pce 61 p. 223 s.) ; - un rapport non daté du Dr AD. _____, reçu le 21 juin 2013, selon lequel l'état de santé de la recourante est stabilisé, les limitations fonctionnelles sont un périmètre de marche limité à 30 minutes en raison de la fragilité cutanée du talon droit et la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée exprimée sur un 100 % est de 60 à 80 % (AI pce 34) ; - un rapport médical CII du 26 juillet 2013 du Dr P. _____, renvoyant à des annexes (AI pce 41 p. 170) ; - un rapport médical non daté de la Dresse AF. _____, reçu le 29 juillet 2013, indiquant un diagnostic avec effet sur la capacité de travail de plaie chronique sur cicatrice instable du talon droit post dégantage avec subamputation, des atteintes sans effet sur la capacité de travail d'augmentation de l'oedème du membre inférieur droit et de la taille de la plaie du talon lors d'activités prolongées, tout en observant une cicatrice instable du talon sur greffe par subamputation, oedème du membre inférieur droit, fixant des limitations fonctionnelles d'éviter les appuis prolongés sur le talon possible ou risque d'augmenter la taille de la plaie sur le talon, et précisant que la recourante porte des semelles orthopédiques en silicone et des chaussures orthopédiques (AI pce 45) ; - un rapport du 16 septembre 2013 de Mme AG. _____, psychothérapeute - développement personnel, informant que la recourante est venue la consulter en avril 2013, présentant des symptômes de burnout et de dépression consécutifs à son licenciement et sa perte de repères professionnels l'ayant fragilisée psychologiquement. Il est constaté cliniquement que la recourante se déplace, deux ans après, sur la pointe du pied droit à la marche, que la station debout longue durée lui est pénible et qu'elle ne peut courir, la position assise ne posant par contre aucun problème. La recourante a exprimé la volonté de changer d'orientation professionnelle, non par pénibilité physique réelle à son ancien poste, mais principalement par suite d'épuisement psychologique dans ses conditions de travail précédentes. L'accompagnement psychologique est donc en cours pour aider la recourante et l'évolution psychologique de cette dernière est positive tout en restant fragile (AI pce 47) ; - un rapport médical intermédiaire du 15 octobre 2013 du Dr AD. _____, certifiant que l'état de santé de la recourante est stationnaire depuis juin 2013 et qu'il y a des changements dans les diagnostics, les cervicalgies séquellaires ayant augmenté. Le médecin établit des limitations fonctionnelles de périmètre de la marche limité à 30 minutes, pas de port de charge, pas de position debout prolongée, tout en concluant que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (AI pce 49) ; - un certificat médical du 22 mai 2014 du Dr AH. _____, chef de clinique au sein de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique, Y. _____, relevant que les troubles et séquelles de la recourante sont constituées au niveau du talon droit, de difficultés à la station debout prolongée et à la marche causant des douleurs et une boiterie en fin de journée, et au niveau des cervicales, d'un status post dorsale et lombaire mais un « enraidissement » du membre supérieur, ainsi que de

difficultés de concentration. Le médecin ajoute que l'état de santé de la recourante est stationnaire, mais qu'il existe une péjoration des douleurs du genou gauche depuis neuf mois. Il conclut à une capacité de travail de 100 % si le travail est plutôt sédentaire et à ce qu'une activité de 50 % peut être exigée si le travail est physique (AI pce 61 p. 221 s.) ; - un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2016 du Prof. AI._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, chirurgie du rachis, des Drs AJ._____, spécialiste FMH en rhumatologie, AK._____, spécialiste FMH en neurologie, et AL._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, avec un examen complémentaire neuropsychologique de Mme AM._____, neuropsychologue FSP, retenant des diagnostics de polytraumatisme le 6 septembre 2011 avec fracture du calcanéum droit, status après plusieurs débridements de plaies et ablation du coussinet graisseux et une greffe cutanée le 13 octobre 2011, status après arthrotomie traumatique du genou gauche pour lavage chirurgical et réinsertion méniscale externe et bursectomie le 10 septembre 2011, fracture de la base du crâne, et luxation C5-C6 avec crochetage articulaire à droite, ainsi que d'épisode dépressif réactionnel moyen avec syndrome somatique. L'expertise conclut à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle pour autant que les déplacements du domicile au lieu de travail n'imposent pas des trajets à pied et que le travail soit sédentaire. Dans une activité adaptée, elle est entière. Des IRM sont annexées (AI pce 74 p. 242 ss) ; - une note statut du 7 mars 2016 de l'OAI, retenant un statut mixte à 80 % pour la part active et 20 % pour celle ménagère (AI pce 77) ; - un rapport d'expertise pluridisciplinaire complémentaire du 3 août 2016 du Prof. AI._____ et des Drs AJ._____ et AL._____, répondant à des questions complémentaires posées par la recourante lors de l'exercice de son droit d'être entendue. Les experts ont notamment répondu en lien avec les limitations fonctionnelles que les mouvements de genuflexion et d'accroupissement ne sont pas requis pour l'activité habituelle, qu'il en allait de même pour les rotations du rachis et que l'alternance de la position assise-debout est compatible avec l'activité habituelle, de même que la mobilisation du genou (flexion-extension) en restant assise. Ils ont complété que le code CIM-10 de l'état psychologique de la recourante est F32.1 et que sa fragilité psychologique est en relation avec sa personnalité qui est marquée par des traits pathologiques (exigences et pressions internes importantes) et existait avant l'accident et n'a aucun rapport avec ce dernier (AI pce 92 p. 321) ; - un certificat médical du 20 septembre 2016 de la Dresse AN._____, médecin généraliste conventionnée, assurant que l'état de santé de la recourante est préoccupant depuis le traumatisme de son accident et qu'en plus des séquelles physiques déjà connues, la recourante est suivie sur le plan psychologique pour une anxi-dépression réactionnelle depuis le mois de juin 2015. Ce processus seul ne semblant pas lui permettre une amélioration bien nette, un traitement antidépresseur a été démarré en septembre 2015. Le suivi est régulier, mais les doses ont dû être augmentées (AI pce 101 p. 349) ; - un questionnaire médical (psychiatre) du 26 septembre 2016 de M. AO._____, sophrologue, sophro-analyse, programmation neuro-linguistique, indiquant qu'il suit la recourante depuis le 30 juin 2015 à un rythme hebdomadaire, le traitement étant axé sur la gestion du stress et de la fragilité émotionnelle consécutifs au traumatisme lié à l'accident, et l'évolution étant encourageante malgré de récurrentes régressions. Il est précisé que les atteintes ont un impact sur la capacité de travail qui se traduit par des douleurs en position orthostatique et donc une fatigabilité, des réactions exacerbées en situation de stress (hypersensibilité/troubles de la concentration) ainsi qu'une communication parfois malaisée. La relation à autrui est jugée sans doute entachée par le manque de confiance et d'estime de soi. Il semble difficile, voire impossible à M. AO._____ de pouvoir déterminer la durée

de l'atteinte (AI pce 101 p. 350 s.) ; - un questionnaire médical rempli à une date non précisée par la Dresse AN. _____, reçu le 21 juin 2017 et mentionnant un suivi depuis le 30 juin 2015 à hauteur d'une consultation tous les quatre mois environ, une bonne tolérance au traitement médicamenteux, mais une anxiété portée sur le traitement ayant nécessité une mise en place d'Escitalopram progressive à ½ par jour, puis 2 ½ par jour que la recourante poursuit depuis 2 ans. La médecin relève que la recourante est devenue plus naturelle, plus fluide dans son discours et ses initiatives, et qu'elle est proactive. Cependant, le terrain demeure toujours fragile et avec une fatigabilité sous-jacente à prendre en compte (AI pce 114) ; - un rapport d'expertise psychiatrique du 2 juillet 2017 du Prof. AP. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, expert, et de Mme AQ. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, retenant un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de neurasthénie (CIM-10 : F 48.0) et aucun sans répercussion, ainsi que considérant une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % avec de l'aide pour la reprise de l'activité professionnelle et suivi psychothérapeutique, avec passage à 100 % progressivement dans un espace de 12 mois maximum, et une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % immédiatement avec suivi psychothérapeutique et passage à 100 % progressivement dans un espace de 12 mois maximum. Y sont annexés les résultats d'un bilan neuropsychologique du 12 juin 2017 (AI pce 116) ; - un rapport médical du 5 juillet 2017 de la Dresse AR. _____, médecin interne, faisant état d'une évolution favorable du point de vue cicatriciel, mais d'un talon droit restant fragile qui handicape la recourante lors de la marche, et constatant une perte de substance du tiers postérieur du talon avec une hyperkératose au niveau plantaire, une zone greffée douloureuse à la palpation, cette cicatrice instable nécessitant un changement de pansement une fois par jour et un écoulement séro-sanguinolent, tout en concluant à l'indication de la confection d'une chaussure orthopédique adaptée (AI pce 118 p. 403) ; - des factures des 18 mai et 7 juillet 2017 pour une réparation orthopédique sur une paire de chaussures et un renouvellement des chaussures orthopédiques sur mesure sans changement de status (AI pce 118 p. 401 s.) ; - une note statut du 25 avril 2018 de l'OAI, complétant celle du 7 mars 2016 en retenant, dès le 1er janvier 2017, le statut d'actif (AI pce 136) ; - un complément d'expertise psychiatrique du 2 mai 2018 du Prof. AP. _____, répondant aux questions complémentaires posées, soit notamment que la recourante a présenté un trouble de l'adaptation (CIM-10 : F 43.2) de septembre 2011 à janvier 2013 (licenciement annoncé), suite à son accident et aux modifications consécutives du regard de ses proches au travail, puis un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 : F 33.11) de janvier 2013 à mi-2015, traité par psychothérapie et enfin, depuis fin 2015 jusqu'à cette date des symptômes du registre de la neurasthénie (CIM-10 : F 48.0) qui doivent être considérés comme la queue de comète de son épisode dépressif. L'expert a encore déclaré qu'il est difficile de préciser les limitations fonctionnelles sans rencontrer la recourante et sans avoir pris connaissance des démarches thérapeutiques et de son évolution sociale depuis une année, mais que dans une optique théorique, une période de 12 mois avec soutien psychothérapeutique devrait permettre une reprise progressive avec capacité d'attendre le plein emploi (AI pce 138).

E. 9

Ont servi de bases à la décision querellée pour accorder une rente entière et deux rentes entières pour enfant liées à celle de la mère limitées dans le temps au 31 mars 2016 et refuser des mesures d'ordre professionnel, les avis médicaux du SMR des 22 février 2016 (AI pce 75), 29 août 2017 (AI pce 120) et 14 juin 2018 (AI pce 140), l'enquête économique sur le ménage du 19 mai 2016 (AI pce 79), ainsi que les notes statut des 7 mars 2016 (AI

pce 77) et 25 avril 2018 (AI pce 136).

E. 9.1

Il convient dans un premier temps d'examiner la période de la rente d'invalidité allant du 1er janvier 2014 au 31 mars 2016, bien que ce point ne soit pas discuté par les parties.

E. 9.1.1

Pendant cette période, l'OAIE a alloué une rente entière à la recourante et deux rentes entières pour enfant liées à la rente de la mère (AI pce 150). A titre de justification, il a relevé que la recourante a connu durant cette période un degré d'invalidité de 82 %. Il a constaté que dès septembre 2011 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de la recourante était considérablement restreinte, que l'instruction avait abouti sur un statut mixte (80 % part active / 20 % part ménagère), qu'à l'échéance du délai d'attente, soit septembre 2012, le SMR avait retenu une capacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative, et que suite à la visite à domicile de sa collaboratrice en date du 10 mai 2016, elle avait constaté que les empêchements dans la tenue du ménage étaient de l'ordre de 12,10 % jusqu'à la reprise complète du travail. Après audition de la recourante, l'OAIE a retenu que la capacité de travail dans toute activité était la suivante : 0 % de septembre 2011 (début du délai d'attente d'un an) au 31 mai 2012, 50 % du 1er juin 2012 au 31 décembre 2012, 0 % du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2015, 100 % dès le 1er janvier 2016, tenant compte d'une diminution de rendement de 30 %. Les calculs faisaient ainsi apparaître des taux d'invalidité de 32 %, puis de 82 % suite à l'aggravation constatée de l'état de santé dès janvier 2013 (début du nouveau délai d'attente) jusqu'au 31 décembre 2015 et enfin 12 %, ce dernier taux ne permettant pas de maintenir le droit à la rente, lequel devait être supprimé au 31 mars 2016 (3 mois après l'amélioration de l'état de santé constatée).

E. 9.1.2

L'autorité inférieure a donc suivi l'appréciation du SMR (AI pces 75, 95), lequel avait recommandé de reprendre les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2016 (AI pce 74 p. 242 ss) et de son complément du 3 août 2016 (AI pce 92) pour ce qu'ils avaient traité aux volets somatiques concernés. Autrement dit, ce sont les affections somatiques de la recourante qui ont motivé cette position.

E. 9.1.3

Il appartient, partant, au Tribunal de vérifier les volets somatiques de cette expertise pluridisciplinaire et de son complément, afin de déterminer s'ils remplissaient ou pas les exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

E. 9.1.3.1

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2016 et son complément du 3 août 2016 pour leurs volets somatiques, ont été établis par le Prof. AI. _____ ainsi que par les Drs AJ. _____ et AK. _____ (cette dernière n'ayant pas participé au complément d'expertise). Etant respectivement spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, chirurgie du rachis, spécialiste FMH en rhumatologie et spécialiste FMH en neurologie, ces médecins sont des spécialistes reconnus, présentant toutes les connaissances et spécialisations nécessaires pour se prononcer valablement sur les troubles somatiques dont est victime la recourante.

E. 9.1.3.2

Au niveau de la connaissance du dossier médical, le rapport d'expertise liste et résume les pièces dans la partie « Analyse du dossier » (AI pce 74 p. 244 à 248). N'y sont pas mentionnés les comptes-rendus opératoires du 9 septembre 2011 des Drs J. _____ et K. _____ (AI pce 9 p. 76), du 27 septembre 2011 du Dr L. _____ (AI pce 9 p. 72), du 3 octobre 2011 du Dr M. _____ (AI pce 9 p. 71), du 5 octobre 2011 du Dr T. _____ (AI pce 9 p. 70), la demande de garantie pour la rééducation locomotrice du 24 octobre 2011 de la Dresse U. _____ (AI pce 9 p. 68 s.), les prescriptions de physiothérapie du 21 décembre 2011 du Dr Z. _____ (AI pce 9 p. 60 s.), du 24 janvier 2012 du Dr AA. _____ (AI pce 9 p. 57), le certificat médical intermédiaire du 13 mars 2012 du Dr AE. _____ (AI pce 9 p. 55), les prescriptions de physiothérapie du Dr AA. _____ du 27 avril 2012 (AI pce 23 p. 129), du 13 juillet 2012 (AI pce 23 p. 125), le rapport du 10 août 2012 du Dr AA. _____ (AI pce 19), le certificat médical intermédiaire du 10 septembre 2012 du Dr AA. _____ (AI pce 23 p. 124), le rapport médical intermédiaire du 7 novembre 2012 de la Dresse AF. _____ (AI pce 22), le rapport du 12 février 2013 du Dr AD. _____ (AI pce 25), le certificat médical intermédiaire du 14 juin 2013 du Dr AD. _____ (AI pce 61 p. 223 s.), le rapport non daté du Dr AD. _____ reçu le 21 juin 2013 (AI pce 34), le rapport médical CII du 26 juillet 2013 du Dr P. _____ (AI pce 41 p. 170), le rapport médical non daté de la Dresse AF. _____ reçu le 29 juillet 2013 (AI pce 45) et le rapport médical intermédiaire du 15 octobre 2013 du Dr AD. _____ (AI pce 49). Certes, cela fait beaucoup de documents médicaux qui font défaut. Force est cependant d'admettre que les principaux actes médicaux y sont listés et étaient donc connus des experts au moment de réaliser l'expertise. Ces derniers avaient donc pleine connaissance des problèmes médicaux de la recourante.

E. 9.1.3.3

S'agissant de l'anamnèse, elle a été donnée par la recourante lors de l'expertise et est reproduite dans une partie « Données subjectives » du rapport d'expertise (AI pce 74 p. 248 s.). Elle correspond aux éléments du dossier, y compris sur l'accident, les experts étant dès lors en pleine connaissance de celle-ci.

E. 9.1.3.4

Les plaintes qui ont été exprimées à l'occasion de l'expertise sont retranscrites dans une partie « Plaintes actuelles » du rapport d'expertise (AI pce 74 p. 249 à 252), lequel les prend dûment en considération.

E. 9.1.3.5

Quant aux examens réalisés, ils sont décrits dans une partie « Données objectives » du rapport d'expertise (AI pce 74 p. 257 ss). Le volet rhumatologique a compris un entretien et des examens avec palpation, durant lequel les constatations faites par l'expert sont expliquées. Ainsi, l'expert rhumatologue relève pour l'essentiel que la recourante a pu rester assise plus d'une heure sans se plaindre, ni montrer des signes évidents d'inconfort. Elle apparue orientée, pas ralentie, pas fatigable en fin d'examen. Par contre, elle a pleuré plusieurs reprises, disant ne pas bien maîtriser ses émotions. L'expert relève la présence de plusieurs cicatrices, notamment à la nuque - la palpation provoqua des paresthésies localement - et au genou gauche. Au talon droit, la recourante portait un pansement protecteur et un coussinet en silicone, la peau étant rouge, en partie légèrement craquelée, irrégulière. Sinon, les téguments et les phanères sont en ordre. L'expert note qu'avec des souliers, la marche s'effectue correctement, mais que sans, la recourante n'appuie pas le

talon et marche sur la pointe du pied. En position debout, des troubles statiques du rachis avec une épaule droite abaissée sont constatés. Les rotations de la tête sont de 50° à droite et 45° à gauche, les inclinaisons de 25° et 20°. Les mouvements d'inclinaison latérale du tronc provoquent des douleurs du flanc du côté opposé au mouvement, sans être franchement limités, tandis que les mouvements de rotation sont d'amplitude correcte avec une gêne lombaire centrodistale. Les examens des hanches, des chevilles et des avant-pieds sont dans la norme. Le genou gauche révèle un minime flexum lors de son extension, la distance talon-fesse est de 19 cm (contre 4 cm à droite) et douloureuse à gauche, la mobilité est un peu moins bonne de ce côté. Le volet de la chirurgie du rachis a consisté en une consultation. Au cours de celle-là, l'expert orthopédiste observe à la marche une boiterie d'évitement au niveau du membre inférieur droit. Il relève une attaque par la pointe du pied que ce soit avec ou sans chaussure, un équin fonctionnel d'une dizaine de degrés de la cheville, un flexum du genou pour rééquilibrer la longueur des membres inférieurs permettant de garder le bassin horizontal. La pose du talon, protégé par un pansement, au sol est impossible avec ou sans chaussure. L'expert remarque en outre toute une série de cicatrices dans la région des cervicales, du rachis, de l'omoplate à gauche, de la cuisse droite et sans rapport avec l'accident de la fesse. Le genou gauche comprend une cicatrice et trois plaies, la dernière se trouvant sur la face antérieure de la cheville droite avec un contact extrêmement douloureux à la pression. Le périmètre de la cuisse droite est de 56,5 cm et celui de la cuisse gauche de 54 cm. L'expert signale une douleur à la pression de la partie interne du genou, proximale à la cicatrice transversale, en para-rotulien externe du côté gauche également. Au niveau du pied à droite, il y a une amputation partielle du talon, des parties molles et osseuse. Il y a une greffe osseuse et une zone dystrophique avec une greffe mince qui mesure 5 cm de large sur 8 cm de long, avec une hyperkératose dans la zone antérieure et un contact direct, avec atrophie extrême de la peau dans la partie plus postérieure. Le toucher dans cette zone est qualifié par l'expert d'extrêmement sensible. L'expertise neurologique s'est composée d'un entretien et d'examens des nerfs crâniens, de la nuque, des voies longues (membres supérieurs, tronc et membres inférieurs) et de l'équilibre et la démarche. Il apparaît à l'experte neurologue que la nuque présente des contractures de la musculature cervicale bilatérales prédominant à gauche, de discrètes contractures des trapèzes prédominant à gauche, mais une mobilité complète et pas de signe de Lhermitte. En ce qui concerne les membres supérieurs, sont indiqués une discrète hyperréflexie diffuse et symétrique avec vivacité du réflexe pectoral des deux côtés, un signe d'Hoffman et de Wartenberg des deux côtés, plus net à droite, et une hypoesthésie à la piquûre dans le territoire C6 à gauche. Pour les membres inférieurs, l'experte neurologue fait état d'une hyperréflexie diffuse et symétrique avec diffusion de la zone réflexogène du réflexe rotulien, sans clonus, une hypoesthésie au tact et à la piquûre dans le territoire S1 proximal des deux côtés, à prédominance droite, une hypoesthésie et des dysesthésies tacto-algiques dans le territoire distal du nerf sciatique poplité externe à gauche. Sur le plan de l'équilibre et de la démarche, l'experte observe une marche s'effectuant naturellement sur la pointe du pied à droite, la recourante évitant de poser son talon sur le sol sans chaussure. L'examen du talon montre une peau greffée indurée et crevassée au niveau du point d'appui, légèrement suintante, protégée par un pansement de gaze. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire renferme encore une étude du dossier radiologique (voir AI pce 74 p. 266 s.). En résumé, le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été établi sur la base d'examens réalisés par les experts pour les troubles somatiques de la recourante qui se révèlent être complets et approfondis, ainsi que sur des résultats qui sont cohérents (seul l'expert

orthopédiste indique toutefois une gêne à la marche également avec les chaussures) et convaincants. Ils correspondent en effet à ce qu'ont pu relever des médecins traitants de la recourante et aux régions du corps touchées lors de l'accident du 6 septembre 2011.

E. 9.1.3.6

Pour poser leurs conclusions, les experts ont procédé à une synthèse et à une discussion (voir AI pce 74 p. 267 ss). C'est aussi dans ce cadre qu'ils parlent des points litigieux importants, tout en motivant les motifs qui les conduisent à s'en distancer. Ils expliquent ainsi que la mention de lésions hémorragiques dans les lettres de sorties des Hopitaux Y._____ du 28 novembre 2011 et du 3 janvier 2012 s'apparente à une transcription erronée. Ils relèvent qu'après une longue rééducation, l'évolution est globalement favorable. Cependant, il persiste à ce jour une très occasionnelle sensation d'engourdissement de niveau C6, prédominant à droite, ainsi qu'une notion de crampes des avant-bras et nocturnes au niveau des mollets, également à prédominance à droite, qui pourraient signer une minime séquelle pyramidale. La recourante a par ailleurs signalé la survenue occasionnelle d'une douleur de type sciatique dans la fesse droite dans un contexte de sensation d'engourdissement permanent de la partie supérieure des deux fesses à prédominance droite. Par ailleurs, les experts soulignent que les lésions ostéoarticulaires n'ont pas empêché la recourante de reprendre progressivement l'activité professionnelle d'expert-comptable, d'abord à domicile, puis au sein de l'entreprise, ayant repris son taux d'activité normal de 80 % à la fin de l'année 2012, avant d'être licenciée au début de l'année 2013. Force est de constater que tous ces éléments sont confirmés par le dossier de la cause. Les opérations décrites par les experts ont bel et bien eu lieu, de même qu'une rééducation. De plus, plusieurs médecins traitants font état d'une tendance vers une amélioration de l'état de santé de la recourante (par exemple le Dr P._____ dans son rapport du 14 février 2012 qui mentionne une absence quasi-complète de douleurs cervicales, un status post-arthrodèse 360° de C5-C6 bien en place [AI pce 11 p. 79] ; le Dr AE._____ dans son certificat médical intermédiaire du 13 mars 2012 qui pose certes notamment un diagnostic de cicatrice instable du talon, mais indique une bonne évolution [AI pce 9 p. 55] ; Dr P._____ dans son rapport du 30 avril 2012 qui parle d'une légère amélioration de l'hypoesthésie séquellaire au bout des doigts [AI pce 41 p. 177] ; la Dresse AF._____ dans son rapport médical intermédiaire du 7 novembre 2012 qui fait certes état d'un état de santé stationnaire pour la plaie du talon, mais d'une amélioration au niveau de l'oedème [AI pce 22] ; le Dr AD._____ dans le rapport reçu le 21 juin 2013 qui exprime une stabilisation [AI pce 34]). Par contre, trois documents médicaux font part d'une évolution un peu différente (le rapport médical de la Dresse AF._____ reçu le 29 juillet 2013, qui ne parle qu'en termes très généraux d'une plaie chronique sur cicatrice instable du talon droit post-dégantage avec subamputation [AI pce 45] ; le rapport médical intermédiaire du 15 octobre 2013 du Dr AD._____ qui relève un état de santé stationnaire depuis juin 2013, mais avec des changements dans les diagnostics avec des cervicalgies séquellaires ayant augmenté [AI pce 49] ; le certificat médical du 22 mai 2014 du Dr AH._____ qui atteste d'un état de santé stationnaire, mais d'une péjoration des douleurs du genou gauche depuis neuf mois [AI pce 61 p. 221 s.]). Il faut néanmoins rappeler que les experts évoquent une évolution qui n'est pas totalement, mais globalement favorable, tout en précisant une persistance d'une très occasionnelle sensation d'engourdissement de niveau C6, prédominant à droite - rejoignant ainsi le Dr AD._____ [AI pce 49] - et d'une notion de crampes dans les avant-bras et nocturnes au niveau des mollets. Au demeurant, près de deux ans se sont écoulées entre le dernier rapport médical au dossier et le rapport d'expertise. Au

surplus, la recourante a effectivement repris son activité professionnelle de la façon décrite par les experts dès mars 2012, mais a été licenciée fin janvier 2013 (voir AI pce 27). Sur le plan rhumatologique, les experts concluent ainsi à une situation stabilisée depuis plus d'une année en ce qui concerne les plaintes du genou gauche et du talon droit. D'un point de vue objectif, une limitation de la flexion du genou gauche est retenue, qui est toutefois possible jusqu'à 110°. Sont aussi remarquées des séquelles des tissus mous du talon droit avec l'absence de coussinet graisseux et un contact douloureux de l'os sur la zone de charge lors des appuis. Par conséquent, la station debout prolongée ou la marche continue sont jugées empêchée. En raison de l'atteinte ostéoarticulaire des membres inférieurs, les activités se déroulant principalement en position debout ou nécessitant des déplacements à pied sont contre-indiquées. Par contre, dans l'activité précédente, la capacité de travail est préservée. Sur le plan de la chirurgie du rachis et de l'orthopédie, les experts arrivent à la conclusion que la recourante a eu un polytraumatisme sévère, avec des blessures ostéoarticulaires et des parties molles, extrêmement important dans un contexte traumatisant. Elle a été prise en charge en thérapie efficacement, s'en est suivie une rééducation, avec une reprise du travail qui s'est exécutée dans des conditions difficiles pour la recourante, s'étant soldé par un licenciement. Du point de vue du rachis, la situation actuelle ne contre-indique pas la reprise d'une activité professionnelle sédentaire. La situation du talon à droite est jugée préoccupante, une grosse zone de dystrophie existant et un pronostic sur l'évolution dans le temps étant difficile. La situation du pied limite la durée de déambulation de 10 à 15 minutes. Le genou gauche qui a subi des lésions des parties molles reste douloureux et limité en flexion, limitant les activités sportives. En revanche, il n'y a pas de contre-indication à une activité sédentaire. Il existe une limitation pour les trajets avec des déplacements à pied qui excèdent 10 à 15 minutes. Sur le plan neurologique, les experts concluent à un polytraumatisme, notamment un traumatisme crânio-cérébral léger, et une contusion médullaire cervicale sur fracture-luxation C5-C6 avec crochetage articulaire unilatéral à droite le 6 septembre 2011. Aux yeux des experts, de discrets troubles sensitifs de niveau C6 persistent, avec une prédominance à gauche, de même que de discrets signes pyramidaux au membre supérieur droit. Par ailleurs, des troubles sensitifs de niveau S1 bilatéral prédominant nettement à droite au niveau des cicatrices cutanées, et au membre inférieur gauche, également en lien avec d'anciennes lésions cutanées. Ils précisent notamment que les séquelles pyramidales peuvent contribuer à l'apparition de crampes nocturnes ou à l'effort au niveau des membres inférieurs, et discrète atteinte sensorielle. Le status post-traumatique et post-chirurgical induit une limitation dans le port des charges, limitées à 5 kg maximum. La contracture de la musculature cervicale depuis la survenue du traumatisme peut alimenter une céphalée tensionnelle. Sur le plan neurologique, la capacité de travail est considérée complète. Au final, le Tribunal note que les conclusions des experts sur le plan somatique sont longuement et dûment motivées.

E. 9.1.3.7

Les experts posent en conséquence les diagnostics au niveau somatique suivants : fracture du calcanéum droit, status après plusieurs débridements de plaies et ablation du coussinet graisseux et une greffe cutanée le 13 octobre 2011 ; status après arthrotomie traumatique du genou gauche par lavage chirurgical et réinsertion méniscale externe et bursectomie le 10 septembre 2011 ; fracture de la base du crâne ; luxation C5-C6 avec crochetage articulaire unilatéral à droite. Le Tribunal remarque que ces diagnostics correspondent aux conclusions des experts somatiques. S'ils ne retiennent pas de pneumothorax et de discret pneumomédiastin, de petites contusions de grade I du foie, de fractures du processus

lombaire, contrairement au Prof. Q. _____ et aux Drs R. _____, S. _____ et P. _____. Il sied de relever que le pneumothorax a été traité par drain thoracique (voir AI pce 25 p. 138 ss). Pour des petites contusions de grade I du foie, il y a lieu de partir du principe, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elles étaient relativement légères et qu'elles ont disparu depuis. Qui plus est, les médecins ne les mentionnent plus depuis 2011. Les experts ne retiennent pas non plus d'escarre de l'omoplate gauche, mais la Dresse U. _____ la disait en voie de résolution en octobre 2011. Concernant le kyste ovarien, il y a lieu de relever qu'il a subi une exérèse en 2010 (voir AI pce 25 p. 138 ss). Pour l'oedème enfin, il est dit en voie d'amélioration par la Dresse AF. _____ en 2012 (AI pce 22) et en augmentation lors d'activités prolongées sans que cela n'ait un effet sur la capacité de travail en 2013 (AI pce 45).

E. 9.1.3.8

Les experts retiennent une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle pour autant que les déplacements du domicile au lieu de travail n'imposent pas de trajets à pied, et que le travail soit sédentaire. Dans une activité adaptée, elle est selon les experts également de 100 %. Par ailleurs, ils fixent les limitations fonctionnelles suivantes : plus de mouvement imposant des efforts brusques au niveau de la nuque, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de marche et station debout de plus de 10 minutes. Les limitations fonctionnelles correspondent aux observations approfondies des experts susmentionnées et aux actes figurant au dossier, si ce n'est le fait de ne pas travailler sur des échafaudages ou en empruntant des escaliers ou encore de l'impossibilité de tout port de charge. Elles sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, trop restreintes, mais ont été corrigées par le SMR dans son avis médical permanence du 22 février 2016 (AI pce 75) et précisée dans le complément d'expertise (AI pce 92). Pour la durée de marche, d'autres médecins en avaient retenu une plus importante de 30 minutes.

E. 9.1.3.9

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire complémentaire du 3 août 2016 pour ses éléments d'ordre somatique a été établi par le Prof. AI. _____ et le Dr AJ. _____ et répond à des questions de la recourante quant au risque d'arthrose au niveau du genou et des cervicales, à l'éventuelle amélioration de la problématique du talon droit par la pose d'une chaussure orthopédique et des limitations fonctionnelles liées au problème du genou gauche. Pour ce dernier point, les experts ont complété que les mouvements de genuflexion et d'accroupissement ne sont pas requis pour l'activité habituelle et n'entrent donc pas en ligne de compte ; il en va de même pour les rotations du rachis ; l'alternance de la position assise-debout est compatible avec l'activité habituelle, de même que la mobilisation du genou (flexion-extension) en restant assise (AI pce 92).

E. 9.1.3.10

En conséquence, il peut, au degré de la vraisemblance prépondérante, être donné pleine valeur probante au rapport d'expertise pluridisciplinaire et à son complément. C'est ce qu'a ainsi fait le SMR dans son avis médical permanence du 22 février 2016, bien qu'en s'écartant, au vu des limitations fonctionnelles, en retenant une diminution de rendement d'au moins 30 % et en retenant davantage de limitations fonctionnelles, dont celles des médecins traitants précitées (AI pce 75) et précisées dans le rapport d'expertise complémentaire (AI pce 92).

E. 9.1.3.11

Sur le plan somatique, le SMR a apprécié, à juste titre, dans son avis médical du 14 juin 2018 que l'incapacité [recte : capacité] de travail dans toute activité était ainsi de 0 % de janvier 2013 (date du licenciement) à décembre 2015 (AI pce 140), sachant que le rapport d'expertise pluridisciplinaire date du 12 février 2016.

E. 9.1.3.12

En outre, le Tribunal considère au vu de la situation de la recourante que le statut mixte a été retenu à bon droit jusqu'au 31 décembre 2016, la recourante ayant réduit son taux d'activité pour des motifs tenant à ses enfants, et non à l'exercice d'un loisir ou à l'entreprise d'une formation ou d'un perfectionnement professionnel (voir AI pce 77). Il n'y a pas d'erreur manifeste à relever dans les résultats de l'enquête économique sur le ménage consignés dans le rapport du 19 mai 2016 de Mme G._____, les calculs étant corrects (voir AI pce 79).

E. 9.1.3.13

Sur le vu de ce qui précède, la décision attaquée se révèle conforme au droit en ce qui concerne la période s'étendant du 1er janvier 2014 au 31 mars 2016 (en tenant des trois mois après l'amélioration constatée, voir art. 88a al. 1 RAI), le calcul étant au demeurant correct. Elle doit, partant, être confirmée sur ce point.

E. 9.2

En ce qui concerne la période de rente débattue entre les parties, à savoir celle allant du 1er avril 2016 au 30 juin 2018, le Tribunal remarque que l'expertise psychiatrique et l'expertise complémentaire du Prof. AP._____ ont été jugées probantes (« conduite selon les règles de l'art ») par le SMR (pour l'expertise, voir avis médical du SMR du 29 août 2017 établi par la Dresse I._____ [AI pce 120]). Ce point de vue est par ailleurs partagé par la recourante (TAF pce 1 p. 4).

E. 9.2.1

Il ressort du dossier que l'expertise psychiatrique et son complément respectent en effet les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante au niveau formel (l'expert, le Prof. AP._____, est un spécialiste reconnu, disposant en tant que psychiatre et psychothérapeute FMH de la formation spécialisée et des compétences nécessaires pour investiguer les affections psychiques de la recourante, qui a été épaulé dans sa tâche par Mme AQ._____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP. Il était en pleine connaissance de l'anamnèse [AI pce 116 p. 381 ss, 385 ss] et du dossier [AI pce 116 p. 379, 380, 385 ss]. Il rapporte les plaintes exprimées par la recourante [AI pce 116 p. 383 s., 387, 388, 389]. Ses examens ont consisté en deux entretiens avec la recourante d'une durée totale de 180 minutes, une évaluation neuropsychologique d'une durée totale de 330 minutes avec notamment un bilan neuropsychologique, deux subtests de la WAIS-IV et un test d'alerte phasique, un entretien téléphonique avec l'époux de la recourante de 25 minutes, un entretien avec le sophrologue de 10 minutes et un avec le médecin traitant de 10 minutes, et enfin l'étude du dossier [AI pce 116 p. 380, 389 ss]. La description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires [AI pce 116 p. 385 ss]. Les résultats des examens, les observations approfondies réalisées et les conclusions sont dûment retranscrits et motivés [AI pce 116 p. 387 ss, 390, 393, 394]. Les points litigieux, en particulier par rapport à la première expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique, sont discutés [AI pce 116 p. 393]). Au niveau des indicateurs de la jurisprudence du Tribunal fédéral, s'agissant de la catégorie A. « degré de gravité fonctionnel », l'expert décrit pour le complexe a. « atteinte à

la santé », l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic [AI pce 116 p. 385 ss, 390 ; qui est une neurasthénie {CIM-10 : F 48.0}], le succès du traitement ou la résistance à son égard [AI pce 116 p. 384 s., 391 s.], le succès de la réadaptation ou résistance à cet égard [AI pce 116 p. 392 s.] et les comorbidités [AI pce 116 p. 393] ; il expose les éléments relatifs au complexe b. « personnalité » [AI pce 116 p. 383, 384, 388]. Il traite à plusieurs endroits du complexe c. « contexte social » [AI pce 116 p. 383, 384, 387, 388]. Pour la catégorie B. « cohérence », l'expert relève la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie de la recourante [AI pce 116 p 384] et le poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation [AI pce 116 p. 393 s.]. Enfin, l'expert a encore pu préciser son appréciation dans un complément du 2 mai 2018 [AI pce 138]).

E. 9.2.2

Cependant, le SMR s'en est distancé en ce qui concerne le trouble de l'adaptation et la neurasthénie, affirmant qu'il ne s'agissait pas d'atteintes reconnues comme incapacitantes selon l'AI (voir avis médicaux du SMR des 29 août 2017 [AI pce 120] et 14 juin 2018 établis par la Dresse I. _____ [AI pce 140]). L'autorité inférieure l'a suivi en rendant la décision dont est recours.

E. 9.3

Dans un premier grief, la recourante reproche au SMR de retenir, sans argument, et contrairement à l'expertise psychiatrique, une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 % dès le 1er janvier 2016, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

E. 9.3.1

A titre liminaire, on rappellera que c'est le SMR, par le Dr H. _____, qui a jugé nécessaire de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique pour connaître les atteintes psychiques de la recourante et leurs conséquences sur la capacité de travail (AI pce 104). Le mandat de nouvelle expertise a ainsi été confié au Prof. AP. _____ (AI pce 105).

E. 9.3.2

On constate, avec la recourante, que la motivation avancée par le SMR pour s'écarter de certaines des conclusions de l'expertise et exclure ainsi une atteinte psychique justifiant d'une incapacité de travail, s'avère fort succincte, se contentant d'affirmer que la neurasthénie et le trouble de l'adaptation ne sont pas reconnus comme incapacitants selon l'AI et que l'expert aurait précisé que l'épisode dépressif est en rémission (AI pce 120 ; voir aussi AI pce 140).

E. 9.3.3

Or, si on trouve des affaires dans la jurisprudence où un diagnostic sans effet sur la capacité de travail avait effectivement été posé à cet égard (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_613/2016 du 19 mai 2017 consid. 4.4), il n'en demeure pas moins que dans d'autres, un diagnostic avec effet sur la capacité de travail et incapacitant dans une certaine mesure étaient présents (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_157/2019 du 28 octobre 2019 consid. 4.1 et 9C_600/2019 du 18 août 2020 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-507/2019 du 10 septembre 2020 consid. 8.2.5). On rappellera en outre que la neurasthénie est un trouble psychosomatique (ATF 139 V 346 consid. 2) dont le caractère incapacitant doit être évalué en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée au

sens de l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3.6 de cet arrêt). Or, comme cela a été exposé plus haut, l'expert psychiatre a correctement évalué dans son appréciation globale psychiatrique les ressources de la recourante, observant, entre autres, que cette dernière « est capable de tracer son avenir professionnel mais nécessite une aide psychologique pour y parvenir » (AI pce 116 p. 393) ou encore que le « vrai enjeu se trouve cependant dans la renégociation du projet de vie qui nécessite une aide psychothérapeutique d'orientation existentialiste » (AI pce 116 p. 393). De plus, il n'a pas relevé de motifs d'exclusion du type d'une exagération ou d'une manifestation analogue (voir AI pce 116 p. 391 s'agissant des tests neuropsychologiques où il est en particulier noté que « [l']ensemble du profil semble compatible avec le syndrome dépressif » ; aucune incohérence n'est relevée au niveau de l'indicateur « cohérence » (AI pce 116 p. 393). L'expert signale que les symptômes dépressifs sont alors « en régression claire et un diagnostic dépressif ne peut pas être retenu. L'expertisée présente « en queue de comète » des symptômes de neurasthénie (fatigue inexpliquée, sensation de perte de performance, mal-être diffus, sentiment d'épuisement après des tâches mineures). Ces symptômes bien que mineur[s] sont suffisamment tenaces pour limiter l'expertisée en termes de temps de travail possible tout au moins dans un premier temps » (AI pce 116 p. 393 ; voir aussi complément d'expertise du 2 mai 2018 [AI pce 138 p. 442 s., qui ajoute que de tels symptômes sont souvent tenaces et ne régressent que très lentement en fonction des enjeux relationnels de la personne]). C'est ainsi que l'expert retient une capacité de travail de 50 % avec l'aide pour la reprise de l'activité professionnelle et suivi psychothérapeutique, avec passage à 100 % progressivement dans un espace de 12 mois au maximum dans l'activité habituelle et de 50 % immédiatement avec suivi psychothérapeutique et passage à 100 % progressivement dans un espace de 12 mois au maximum dans une activité adaptée (AI pce 116 p. 394).

E. 9.3.4

Des explications plus détaillées sont proposées par le SMR, sous la plume de la Dresse F._____, dans la réponse du 28 mars 2019 de l'autorité inférieure (TAF pce 6, 2e annexe). Celui-ci indique que la neurasthénie n'est pas incapacitante dans le cas particulier à la lumière des indicateurs de la jurisprudence en vigueur si on tient compte in casu des ressources personnelles et sociales de la recourante et du fait qu'elle ne présente pas de pathologie psychiatrique active. Force est cependant de constater que ces spécifications n'arrivent ainsi qu'à un stade bien tardif de la procédure et ne parviennent de toute façon pas à remédier aux défauts dont souffre la décision : en effet, le SMR évalue explicitement les ressources personnelles et sociales de la recourante comme cela ressort de l'expertise psychiatrique du Prof. AP._____. Il mentionne aussi que ce dernier relativise ceci par le fait que la recourante nécessite en plus une aide psychologique dans la reprise partielle, puis complète de toute activité. Mais, il apparaît qu'il décide de ne pas tenir compte de ce dernier point, ce pourtant sans en donner la moindre explication.

E. 9.3.5

De plus, et comme le relève à juste titre la recourante, la Dresse F._____ n'est pas un psychiatre contrairement à l'expert, mais un médecin interniste généraliste (selon MedReg).

E. 9.3.6

L'autorité inférieure cite, pour sa part, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2008 du 27 octobre 2008, selon lequel le fait qu'un médecin ne soit pas titulaire d'une spécialisation en

psychiatrie ne justifie pas en soi d'écarter son avis, puisqu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (consid. 3.2).

E. 9.3.7

Il faut cependant rappeler que dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a retenu que les critiques du médecin non psychiatre ne mettaient, dans le cas d'espèce, pas en évidence des contradictions manifestes dans l'expertise, mais visait plutôt à démontrer que le rapport du SMR serait plus crédible que celui de l'expert. Il est ensuite arrivé à la conclusion que l'expertise remplissait les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document et que le rapport y afférent ne contenait pas de contradictions, ni de défauts manifestes. Cela l'a notamment conduit à rejeter le recours.

E. 9.3.8

Or, dans la cause qui nous concerne, l'expertise du Prof. AP. _____ et son complément répondent, comme admis plus haut (voir supra consid. 9.1.1), aux exigences posées par la jurisprudence en la matière. De surcroît, il est, comme dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2008 précité, exempt de contradiction et de défaut manifeste. Au final, aucun indice concret ne permet de douter des résultats auxquels ils aboutissent de manière convaincante (voir supra consid. 7.1.1). Ce faisant, on voit mal pourquoi les médecins du SMR en ont retenu la plupart des conclusions, mais écarté celle relative à la reprise progressive dans toute activité dès la date de l'expertise. Comme exposé ci-dessus (voir supra consid. 9.2.4), les explications plus détaillées données par le SMR dans le cadre de la réponse au recours ne convainquent pas non plus.

E. 9.3.9

Le grief du recourant est, partant, fondé.

E. 9.4

Dans un deuxième grief, la recourante soutient que la décision querellée renferme une appréciation dénuée de fondement, dans la mesure où elle s'est basée uniquement sur une remarque du SMR, alors que celui-ci n'a pas vu la recourante et contredit sans raison le point de vue de l'expert psychiatre.

E. 9.4.1

L'aspect de la contradiction sans raison avec l'appréciation de l'expert a déjà été examiné ci-dessus (voir supra consid. 9.2), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

E. 9.4.2

En revanche, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle critique le fait que le SMR ne l'a pas vue. En effet, et comme il a été exposé plus haut, les prises de position des SMR ne se fondent en général pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, mais propose une appréciation sur celles déjà existantes (voir supra consid. 7.1.2). Sur ce point, le recours se révèle infondé.

E. 9.5

Dans un troisième grief, la recourante avance que l'autorité inférieure a fait preuve d'arbitraire dans la motivation de la décision entreprise, dans la mesure où elle reviendrait à dire qu'une personne atteinte de problèmes d'ordre psychiatrique pourrait, du jour au

lendemain, passer d'une quotité d'incapacité de travail de 0 % à une quotité de 100 % avec une simple diminution de rendement. Cela contredirait en outre ce qui a été retenu dans l'expertise.

E. 9.5.1

De jurisprudence constante, une décision est arbitraire (cf. art. 9 Cst.) lorsqu'elle contredit de manière évidente une situation de fait donnée, lorsqu'elle viole gravement une règle de droit, un principe juridique clair et indiscuté, qu'elle ne se fonde pas sur des raisons sérieuses et objectives, qu'elle est dépourvue de sens et de but ou qu'elle heurte de manière choquante le sentiment de justice et d'équité. Pour qu'une décision soit arbitraire, il ne suffit toutefois pas qu'une autre solution eût été possible, ni même préférable. Il n'y a donc pas arbitraire du seul fait qu'une autre solution pourrait aussi se défendre et sembler même plus correcte. Pour être arbitraire la solution retenue doit heurter le sentiment du droit par comparaison avec la solution écartée et apparaître ainsi comme juridiquement injuste. Enfin, l'annulation d'une décision ne se justifie que lorsque celle-ci est arbitraire dans son résultat et pas uniquement dans sa motivation (ATF 134 I 140 consid. 5.4 et les références ; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-5276/2015 du 29 juin 2016 consid. 4.3.1.2).

E. 9.5.2

Il appert que l'autorité inférieure a versé dans l'arbitraire dans le cadre de la décision entreprise en reconnaissant pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique et à son complément (« conduite selon les règles de l'art ») pour s'en écarter s'agissant de la reprise progressive de toute activité dès la date de l'expertise. En effet, elle a rejeté cette partie de la solution de l'expertise psychiatrique sans raison vraiment valable, y compris lorsqu'elle a davantage défendu sa position lors de la réponse au recours, ce qui heurte le sentiment du droit tant dans la motivation que dans le résultat contenus dans la décision dont est recours. On rappellera que l'expertise et son complément ont dûment expliqué en quoi la recourante présentait alors des symptômes dépressifs en régression claire et en « queue de comète » des symptômes de neurasthénie, lesquels sont, aux dires de l'expert, suffisamment tenaces pour la limiter en termes de temps de travail possible tout au moins dans un premier temps, tout en fixant une reprise progressive de toute activité. Il ne résulte point de divergences au niveau des autres professionnels traitants consultés à cet égard (voir notamment questionnaire médical [psychiatre] du 26 septembre 2016 de M. AO. _____, signalant que l'évolution était encourageante malgré de récurrentes régressions et que l'impact sur la capacité de travail se manifestait notamment par une fatigabilité et des réactions exacerbées en situation de stress, tout en n'étant pas en mesure de déterminer la durée de l'atteinte [AI pce 101 p. 350 s.]).

E. 9.5.3

Ce grief s'avère, par conséquent, également fondé.

E. 9.6

Dans un quatrième grief portant sur les prescriptions de l'ATF 141 V 281, la recourante allègue que l'autorité inférieure y aurait contrevenu à plusieurs égards.

E. 9.6.1

Pour les mêmes motifs que ceux exposés ci-dessus (voir supra consid. 9.2.1 et 9.3.8), ce grief est fondé.

E. 9.7

Dans un cinquième grief, la recourante invoque une violation de la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA).

E. 9.7.1

Là aussi, pour les mêmes raisons, l'argumentation est correcte et le grief fondé.

E. 9.8

Enfin, la recourante note en lien avec sa conclusion tendant à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente d'une quotité minimale de 50 %, également pour la période allant du 1er avril 2016 jusqu'au 30 juin 2018, que ladite décision est incompréhensible étant donné qu'elle constate une amélioration de l'état de santé dès le mois de janvier 2016, la capacité de travail étant de 70 % dans toute activité professionnelle, puis n'effectue pas un calcul correct, mais un calcul en pourcentages, en tenant compte d'une perte économique de 12,5 %. Elle affirme que l'autorité inférieure se dispense de faire une comparaison concrète des revenus estimant que l'incapacité de gain de 30 % (recte : incapacité de travail) ne donnerait pas droit à une rente d'invalidité. Dans le cadre de la réplique, la recourante prétend que l'autorité inférieure a omis avoir expressément admis pourtant que la méthode mixte n'était en l'espèce pas applicable dans une « note de statut ».

E. 9.8.1

L'argumentation de la recourante ne saurait être suivie. En effet, il s'avère, au contraire, que la deuxième note statut du 25 avril 2018 (AI pce 136) précise clairement qu'elle complète la première du 7 mars 2016 - laquelle retenait un statut mixte - et qu'elle convient d'un statut d'actif à partir du 1er janvier 2017. Les actes au dossier viennent par ailleurs corroborer la position de l'autorité inférieure (voir en particulier AI pce 79 et la présentation des éléments dans la deuxième note statut [AI pce 136]). On ajoutera que la recourante a, elle-même, indiqué qu'elle travaillait à 80 % que parce qu'elle avait des enfants petits dont elle devait s'occuper (AI pce 134 p. 436) et non par exemple pour se consacrer à des activités de loisirs ou à une formation continue (voir encore notamment AI pces 4 p. 21 s., 9 p. 51). Ce n'est ainsi qu'en 2017 qu'elle a changé de statut de mixte à actif.

E. 9.8.2

Pour ce qui a trait à la période s'étendant au-delà du 1er janvier 2016, le Tribunal remarque qu'il n'est pas possible de s'appuyer sur les conclusions y relatives de l'expertise et de son complément, car l'expert psychiatre, le Prof. AP. _____, ne fixe pas clairement l'évolution de la maladie psychiatrique de la recourante à partir de ce moment. C'est pourquoi une amélioration de son état de santé clairement limitée dans le temps à compter du 1er janvier 2016 et une suppression de la rente ne peuvent être approuvées.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision attaquée confirmée pour la période du 1er janvier 2014 au 31 mars 2016 et annulée pour la période après le 1er avril 2016. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction en ce qui concerne la période s'étendant après le 1er avril 2016 et nouvelle décision. Lors de l'instruction complémentaire, elle tiendra dûment compte du changement de statut en 2017 de mixte à actif. Par ailleurs, il est rappelé que la recourante a deux rentes pour enfant liées à celle de la mère.

E. 11

mars 2016 consid. 6.2).

E. 12

novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 7.2 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. 7.3 Pour mémoire, 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 »

C-246/2019 Page 18 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 révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation 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). 7.4 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 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, 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). 8. Dans le cadre de l'instruction de la demande, ont été notamment versés au dossier les documents suivants : - une déclaration de

sinistre LAA du 9 septembre 2011 (AI pce 9 p. 53) ; - un compte-rendu opératoire du 9 septembre 2011 des Drs J._____, chirurgien, et K._____, chirurgien, se référant à une révision des plaies et diagnostiquant une plaie de la fesse droite et un dégantage de la coque talonnière droite (AI pce 9 p. 76) ;

C-246/2019 Page 19 - un compte-rendu opératoire du

E. 12.1

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,

C-246/2019 Page 48 une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, le montant de Fr. 800.– versé par la recourante comme avance de frais de procédure lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

E. 12.2

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 la rédaction d'un mémoire de recours de 6 pages et d'une réplique de trois 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.–.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

C-246/2019 Page 49

E. 13

juillet 2012, de 60 % du 14 juillet au 30 septembre 2012, puis à réévaluer, et signalant que l'activité habituelle est encore exigible du point de vue médical, mais que le cas n'est pas stabilisé, que l'on peut s'attendre à la reprise de ladite activité à partir du mois d'octobre 2012 avec augmentation progressive. Sont indiquées les limitations fonctionnelles suivantes : activité uniquement en position assise mais pas à ce moment, pas d'activité uniquement en position debout, exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, monter sur une échelle/un échafaudage, tout en prévenant que le cas n'est pas stabilisé et qu'il faut un chaussage adapté (AI pce 19) ; - un certificat médical intermédiaire du 10 septembre 2012 du Dr AA._____, attestant notamment une incapacité de travail de 60 % du 14 juillet au 30 septembre 2012, une reprise à un taux plus élevé ayant échoué en juin 2012 (AI pce 23 p. 124) ;

C-246/2019 Page 25 - une notice d'entretien de l'assureur-accidents du 17 septembre 2012, évoquant que la recourante a augmenté son taux aux 50 % de ses 80 % et qu'une augmentation progressive devrait avoir lieu dès la prochaine visite chez le médecin au début du mois d'octobre 2012, la recourante ayant toutefois pensé que sa guérison irait plus vite, ce qui a eu un impact sur son moral dans le courant de l'été 2012 quand elle a dû réduire son taux d'activité (AI pce 23 p. 113 s.) ; - un rapport médical intermédiaire du 7 novembre 2012 de la Dresse AF. _____, médecin interne, constatant que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire concernant la plaie du talon et s'est amélioré au niveau de l'œdème et soulignant l'absence de changements dans les diagnostics, tout en renvoyant au médecin traitant pour la détermination de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (AI pce 22) ; - un rapport du 12 février 2013 du Dr AD. _____, lequel renvoie pour le diagnostic avec effet sur la capacité de travail à une lettre de sortie de rééducation existant depuis le 6 septembre 2011 tout en mentionnant un état dépressif modéré (sans suivi), précise qu'au niveau du talon droit, la récupération totale est impossible, signale une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 80 % du 11 février au 31 mars 2013, et déclare que l'activité habituelle est exigible du point de vue médical à 80 %, sans réduction de rendement, tout en avertissant qu'il est trop tôt pour se prononcer sur une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail. Il est en outre indiqué que la recourante s'est fait licenciée fin janvier 2013 et qu'elle souhaite changer d'orientation professionnelle. Le médecin a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : activité uniquement en position assise avec une performance de 80 %, activité dans différentes positions, pas d'activité uniquement en position debout, exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, soulever/porter au maximum 5 kg, ne pas monter sur une échelle/un échafaudage, les escaliers, capacité de concentration limitée du fait d'un état psychique encore fragile et résistance limitée. Une lettre de sortie du 3 janvier 2012 de la Dresse U. _____ et du Dr Z. _____ est annexée (AI pce 25) ; - un contrat d'accompagnement du 23 mai 2013 conclu avec l'assurance-chômage française (AI pce 43 p. 186) ;

C-246/2019 Page 26 - une ouverture de droit à l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi du 5 juin 2013 de l'assurance-chômage française, avec début au

E. 18

mai 2013 et une durée de 730 jours (AI pce 43 p. 185) ; - un certificat médical intermédiaire du 14 juin 2013 du Dr AD. _____, posant un diagnostic inchangé et un état dépressif post traumatique, relevant une marche toujours limitée par la fragilité cutanée du talon droit, une cervicalgie et une raideur cervicale empêchant tout port de charge, tout en concluant à une capacité de travail de 60 % du 9 novembre 2012 au 10 février 2013, puis de 80 % du 11 février 2013 à une date à réévaluer (AI pce 61 p. 223 s.) ; - un rapport non daté du Dr AD. _____, reçu le 21 juin 2013, selon lequel l'état de santé de la recourante est stabilisé, les limitations fonctionnelles sont un périmètre de marche limité à 30 minutes en raison de la fragilité cutanée du talon droit et la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée exprimée sur un 100 % est de 60 à 80 % (AI pce 34) ; - un rapport médical CII du 26 juillet 2013 du Dr P. _____, renvoyant à des annexes (AI pce 41 p. 170) ; - un rapport médical non daté de la Dresse AF. _____, reçu le 29 juillet 2013, indiquant un diagnostic avec effet sur la capacité de travail de plaie chronique sur cicatrice instable du talon droit post dégantage avec subamputation, des atteintes sans effet sur la capacité de travail d'augmentation de l'œdème du membre

inférieur droit et de la taille de la plaie du talon lors d'activités prolongées, tout en observant une cicatrice instable du talon sur greffe par subamputation, œdème du membre inférieur droit, fixant des limitations fonctionnelles d'éviter les appuis prolongés sur le talon possible ou risque d'augmenter la taille de la plaie sur le talon, et précisant que la recourante porte des semelles orthopédiques en silicone et des chaussures orthopédiques (AI pce 45) ; - un rapport du 16 septembre 2013 de Mme AG._____, psychothérapeute – développement personnel, informant que la recourante est venue la consulter en avril 2013, présentant des symptômes de burnout et de dépression consécutifs à son licenciement et sa perte de repères professionnels l'ayant fragilisée psychologiquement. Il est constaté cliniquement que la recourante se déplace, deux ans après, sur la pointe du pied droit à la marche, que la station debout longue durée lui est

C-246/2019 Page 27 pénible et qu'elle ne peut courir, la position assise ne posant par contre aucun problème. La recourante a exprimé la volonté de changer d'orientation professionnelle, non par pénibilité physique réelle à son ancien poste, mais principalement par suite d'épuisement psychologique dans ses conditions de travail précédentes.

L'accompagnement psychologique est donc en cours pour aider la recourante et l'évolution psychologique de cette dernière est positive tout en restant fragile (AI pce 47) ; - un rapport médical intermédiaire du 15 octobre 2013 du Dr AD._____, certifiant que l'état de santé de la recourante est stationnaire depuis juin 2013 et qu'il y a des changements dans les diagnostics, les cervicalgies séquellaires ayant augmenté. Le médecin établit des limitations fonctionnelles de périmètre de la marche limité à 30 minutes, pas de port de charge, pas de position debout prolongée, tout en concluant que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (AI pce 49) ; - un certificat médical du 22 mai 2014 du Dr AH._____, chef de clinique au sein de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique, Y._____, relevant que les troubles et séquelles de la recourante sont constituées au niveau du talon droit, de difficultés à la station debout prolongée et à la marche causant des douleurs et une boiterie en fin de journée, et au niveau des cervicales, d'un status post dorsale et lombaire mais un « enraidissement » du membre supérieur, ainsi que de difficultés de concentration. Le médecin ajoute que l'état de santé de la recourante est stationnaire, mais qu'il existe une péjoration des douleurs du genou gauche depuis neuf mois. Il conclut à une capacité de travail de 100 % si le travail est plutôt sédentaire et à ce qu'une activité de 50 % peut être exigée si le travail est physique (AI pce 61 p. 221 s.) ; - un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2016 du Prof. AI._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, chirurgie du rachis, des Drs AJ._____, spécialiste FMH en rhumatologie, AK._____, spécialiste FMH en neurologie, et AL._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, avec un examen complémentaire neuropsychologique de Mme AM._____, neuropsychologue FSP, retenant des diagnostics de polytraumatisme le 6 septembre 2011 avec fracture du calcanéum droit, status après plusieurs débridements de plaies et ablation du coussinet graisseux et une greffe

C-246/2019 Page 28 cutanée le 13 octobre 2011, status après arthrotomie traumatique du genou gauche pour lavage chirurgical et réinsertion méniscale externe et bursectomie le 10 septembre 2011, fracture de la base du crâne, et luxation C5-C6 avec crochetage articulaire à droite, ainsi que d'épisode dépressif réactionnel moyen avec syndrome somatique.

L'expertise conclut à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle pour autant que les déplacements du domicile au lieu de travail n'imposent pas des trajets à pied et que

le travail soit sédentaire. Dans une activité adaptée, elle est entière. Des IRM sont annexées (AI pce 74 p. 242 ss) ; - une note statut du 7 mars 2016 de l'OAI, retenant un statut mixte à 80 % pour la part active et 20 % pour celle ménagère (AI pce 77) ; - un rapport d'expertise pluridisciplinaire complémentaire du 3 août 2016 du Prof. AI. _____ et des Drs AJ. _____ et AL. _____, répondant à des questions complémentaires posées par la recourante lors de l'exercice de son droit d'être entendue. Les experts ont notamment répondu en lien avec les limitations fonctionnelles que les mouvements de genuflexion et d'accroupissement ne sont pas requis pour l'activité habituelle, qu'il en allait de même pour les rotations du rachis et que l'alternance de la position assise-debout est compatible avec l'activité habituelle, de même que la mobilisation du genou (flexion-extension) en restant assise. Ils ont complété que le code CIM-10 de l'état psychologique de la recourante est F32.1 et que sa fragilité psychologique est en relation avec sa personnalité qui est marquée par des traits pathologiques (exigences et pressions internes importantes) et existait avant l'accident et n'a aucun rapport avec ce dernier (AI pce 92 p. 321) ; - un certificat médical du 20 septembre 2016 de la Dresse AN. _____, médecin généraliste conventionnée, assurant que l'état de santé de la recourante est préoccupant depuis le traumatisme de son accident et qu'en plus des séquelles physiques déjà connues, la recourante est suivie sur le plan psychologique pour une anxio-dépression réactionnelle depuis le mois de juin 2015. Ce processus seul ne semblant pas lui permettre une amélioration bien nette, un traitement antidépresseur a été démarré en septembre 2015. Le suivi est régulier, mais les doses ont dû être augmentées (AI pce 101 p. 349) ; - un questionnaire médical (psychiatre) du 26 septembre 2016 de M. AO. _____, sophrologue, sophro-analyse, programmation neuro-linguistique, indiquant qu'il suit la recourante depuis le 30 juin 2015 à un rythme hebdomadaire, le traitement étant axé sur la gestion du stress et de la fragilité émotionnelle consécutifs au traumatisme lié à l'accident, et l'évolution étant encourageante malgré de récurrentes régressions. Il est précisé que les atteintes ont un impact sur la capacité de travail qui se traduit par des douleurs en position orthostatique et donc une fatigabilité, des réactions exacerbées en situation de stress (hypersensibilité/troubles de la concentration) ainsi qu'une communication parfois malaisée. La relation à autrui est jugée sans doute entachée par le manque de confiance et d'estime de soi. Il semble difficile, voire impossible à M. AO. _____ de pouvoir déterminer la durée de l'atteinte (AI pce 101 p. 350 s.) ; - un questionnaire médical rempli à une date non précisée par la Dresse AN. _____, reçu le 21 juin 2017 et mentionnant un suivi depuis le 30 juin 2015 à hauteur d'une consultation tous les quatre mois environ, une bonne tolérance au traitement médicamenteux, mais une anxiété portée sur le traitement ayant nécessité une mise en place d'Escitalopram progressive à 1/2 par jour, puis 2 1/2 par jour que la recourante poursuit depuis 2 ans. Le médecin relève que la recourante est devenue plus naturelle, plus fluide dans son discours et ses initiatives, et qu'elle est proactive. Cependant, le terrain demeure toujours fragile et avec une fatigabilité sous-jacente à prendre en compte (AI pce 114) ; - un rapport d'expertise psychiatrique du 2 juillet 2017 du Prof. AP. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, expert, et de Mme AQ. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, retenant un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de neurasthénie (CIM-10 : F 48.0) et aucun sans répercussion, ainsi que considérant une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % avec de l'aide pour la reprise de l'activité professionnelle et suivi psychothérapeutique, avec passage à 100 % progressivement dans un espace de 12 mois maximum, et une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % immédiatement avec suivi psychothérapeutique et passage à 100 %

progressivement dans un espace de 12 mois maximum. Y sont annexés les résultats d'un bilan neuropsychologique du 12 juin 2017 (AI pce 116) ; - un rapport médical du 5 juillet 2017 de la Dresse AR. _____, médecin interne, faisant état d'une évolution favorable du point de vue cicatriciel, mais d'un talon droit restant fragile qui handicape la recourante lors de la marche, et constatant une perte de substance du tiers postérieur du

C-246/2019 Page 30 talon avec une hyperkératose au niveau plantaire, une zone greffée douloureuse à la palpation, cette cicatrice instable nécessitant un changement de pansement une fois par jour et un écoulement séro-sanguinolent, tout en concluant à l'indication de la confection d'une chaussure orthopédique adaptée (AI pce 118 p. 403) ; - des factures des 18 mai et 7 juillet 2017 pour une réparation orthopédique sur une paire de chaussures et un renouvellement des chaussures orthopédiques sur mesure sans changement de status (AI pce 118 p. 401 s.) ; - une note statut du 25 avril 2018 de l'OAI, complétant celle du 7 mars 2016 en retenant, dès le 1er janvier 2017, le statut d'actif (AI pce 136) ; - un complément d'expertise psychiatrique du 2 mai 2018 du Prof. AP. _____, répondant aux questions complémentaires posées, soit notamment que la recourante a présenté un trouble de l'adaptation (CIM-10 : F 43.2) de septembre 2011 à janvier 2013 (licenciement annoncé), suite à son accident et aux modifications consécutives du regard de ses proches au travail, puis un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 : F 33.11) de janvier 2013 à mi-2015, traité par psychothérapie et enfin, depuis fin 2015 jusqu'à cette date des symptômes du registre de la neurasthénie (CIM-10 : F 48.0) qui doivent être considérés comme la queue de comète de son épisode dépressif. L'expert a encore déclaré qu'il est difficile de préciser les limitations fonctionnelles sans rencontrer la recourante et sans avoir pris connaissance des démarches thérapeutiques et de son évolution sociale depuis une année, mais que dans une optique théorique, une période de 12 mois avec soutien psychothérapeutique devrait permettre une reprise progressive avec capacité d'attendre le plein emploi (AI pce 138). 9. Ont servi de bases à la décision querellée pour accorder une rente entière et deux rentes entières pour enfant liées à celle de la mère limitées dans le temps au 31 mars 2016 et refuser des mesures d'ordre professionnel, les avis médicaux du SMR des 22 février 2016 (AI pce 75), 29 août 2017 (AI pce 120) et 14 juin 2018 (AI pce 140), l'enquête économique sur le ménage du 19 mai 2016 (AI pce 79), ainsi que les notes statut des 7 mars 2016 (AI pce 77) et 25 avril 2018 (AI pce 136).

C-246/2019 Page 31 9.1 Il convient dans un premier temps d'examiner la période de la rente d'invalidité allant du 1er janvier 2014 au 31 mars 2016, bien que ce point ne soit pas discuté par les parties. 9.1.1 Pendant cette période, l'OAIE a alloué une rente entière à la recourante et deux rentes entières pour enfant liées à la rente de la mère (AI pce 150). A titre de justification, il a relevé que la recourante a connu durant cette période un degré d'invalidité de 82 %. Il a constaté que dès septembre 2011 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de la recourante était considérablement restreinte, que l'instruction avait abouti sur un statut mixte (80 % part active / 20 % part ménagère), qu'à l'échéance du délai d'attente, soit septembre 2012, le SMR avait retenu une capacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative, et que suite à la visite à domicile de sa collaboratrice en date du 10 mai 2016, elle avait constaté que les empêchements dans la tenue du ménage étaient de l'ordre de 12,10 % jusqu'à la reprise complète du travail. Après audition de la recourante, l'OAIE a retenu que la capacité de travail dans toute activité était la suivante : 0 % de septembre 2011 (début du délai d'attente d'un an) au 31 mai 2012, 50

% du 1er juin 2012 au 31 décembre 2012, 0 % du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2015, 100 % dès le 1er janvier 2016, tenant compte d'une diminution de rendement de 30 %. Les calculs faisaient ainsi apparaître des taux d'invalidité de 32 %, puis de 82 % suite à l'aggravation constatée de l'état de santé dès janvier 2013 (début du nouveau délai d'attente) jusqu'au 31 décembre 2015 et enfin 12 %, ce dernier taux ne permettant pas de maintenir le droit à la rente, lequel devait être supprimé au 31 mars 2016 (3 mois après l'amélioration de l'état de santé constatée).

9.1.2 L'autorité inférieure a donc suivi l'appréciation du SMR (AI pces 75, 95), lequel avait recommandé de reprendre les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2016 (AI pce 74 p. 242 ss) et de son complément du 3 août 2016 (AI pce 92) pour ce qu'ils avaient trait aux volets somatiques concernés. Autrement dit, ce sont les affections somatiques de la recourante qui ont motivé cette position.

9.1.3 Il appartient, partant, au Tribunal de vérifier les volets somatiques de cette expertise pluridisciplinaire et de son complément, afin de déterminer s'ils remplissaient ou pas les exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

9.1.3.1 Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 février 2016 et son complément du 3 août 2016 pour leurs volets somatiques, ont été établis

C-246/2019 Page 32 par le Prof. AI. _____ ainsi que par les Drs AJ. _____ et AK. _____ (cette dernière n'ayant pas participé au complément d'expertise). Etant respectivement spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, chirurgie du rachis, spécialiste FMH en rhumatologie et spécialiste FMH en neurologie, ces médecins sont des spécialistes reconnus, présentant toutes les connaissances et spécialisations nécessaires pour se prononcer valablement sur les troubles somatiques dont est victime la recourante.

9.1.3.2 Au niveau de la connaissance du dossier médical, le rapport d'expertise liste et résume les pièces dans la partie « Analyse du dossier » (AI pce 74 p. 244 à 248). N'y sont pas mentionnés les comptes-rendus opératoires du 9 septembre 2011 des Drs J. _____ et K. _____ (AI pce 9 p. 76), du 27 septembre 2011 du Dr L. _____ (AI pce 9 p. 72), du 3 octobre 2011 du Dr M. _____ (AI pce 9 p. 71), du 5 octobre 2011 du Dr T. _____ (AI pce 9 p. 70), la demande de garantie pour la rééducation locomotrice du 24 octobre 2011 de la Dresse U. _____ (AI pce 9 p. 68 s.), les prescriptions de physiothérapie du 21 décembre 2011 du Dr Z. _____ (AI pce 9 p. 60 s.), du 24 janvier 2012 du Dr AA. _____ (AI pce 9 p. 57), le certificat médical intermédiaire du 13 mars 2012 du Dr AE. _____ (AI pce 9 p. 55), les prescriptions de physiothérapie du Dr AA. _____ du 27 avril 2012 (AI pce 23 p. 129), du 13 juillet 2012 (AI pce 23 p. 125), le rapport du 10 août 2012 du Dr AA. _____ (AI pce 19), le certificat médical intermédiaire du 10 septembre 2012 du Dr AA. _____ (AI pce 23 p. 124), le rapport médical intermédiaire du 7 novembre 2012 de la Dresse AF. _____ (AI pce 22), le rapport du 12 février 2013 du Dr AD. _____ (AI pce 25), le certificat médical intermédiaire du 14 juin 2013 du Dr AD. _____ (AI pce 61 p. 223 s.), le rapport non daté du Dr AD. _____ reçu le 21 juin 2013 (AI pce 34), le rapport médical CII du 26 juillet 2013 du Dr P. _____ (AI pce 41 p. 170), le rapport médical non daté de la Dresse AF. _____ reçu le 29 juillet 2013 (AI pce 45) et le rapport médical intermédiaire du 15 octobre 2013 du Dr AD. _____ (AI pce 49). Certes, cela fait beaucoup de documents médicaux qui font défaut. Force est cependant d'admettre que les principaux actes médicaux y sont listés et étaient donc connus des experts au moment de réaliser l'expertise. Ces derniers avaient donc pleine connaissance des problèmes médicaux de la recourante.

9.1.3.3 S'agissant de l'anamnèse, elle a été donnée par la recourante lors de l'expertise et est reproduite dans une partie « Données subjectives » du rapport d'expertise (AI pce 74 p. 248 s.). Elle correspond aux éléments du dossier, y compris sur

l'accident, les experts étant dès lors en pleine connaissance de celle-ci.

C-246/2019 Page 33 9.1.3.4 Les plaintes qui ont été exprimées à l'occasion de l'expertise sont retranscrites dans une partie « Plaintes actuelles » du rapport d'expertise (AI pce 74 p. 249 à 252), lequel les prend dûment en considération. 9.1.3.5 Quant aux examens réalisés, ils sont décrits dans une partie « Données objectives » du rapport d'expertise (AI pce 74 p. 257 ss). Le volet rhumatologique a compris un entretien et des examens avec palpation, durant lequel les constatations faites par l'expert sont expliquées. Ainsi, l'expert rhumatologue relève pour l'essentiel que la recourante a pu rester assise plus d'une heure sans se plaindre, ni montrer des signes évidents d'inconfort. Elle apparue orientée, pas ralentie, pas fatigable en fin d'examen. Par contre, elle a pleuré plusieurs reprises, disant ne pas bien maîtriser ses émotions. L'expert relève la présence de plusieurs cicatrices, notamment à la nuque – la palpation provoqua des paresthésies localement – et au genou gauche. Au talon droit, la recourante portait un pansement protecteur et un coussinet en silicone, la peau étant rouge, en partie légèrement craquelée, irrégulière. Sinon, les téguments et les phanères sont en ordre. L'expert note qu'avec des souliers, la marche s'effectue correctement, mais que sans, la recourante n'appuie pas le talon et marche sur la pointe du pied. En position debout, des troubles statiques du rachis avec une épaule droite abaissée sont constatés. Les rotations de la tête sont de 50° à droite et 45° à gauche, les inclinaisons de 25° et 20°. Les mouvements d'inclinaison latérale du tronc provoquent des douleurs du flanc du côté opposé au mouvement, sans être franchement limités, tandis que les mouvements de rotation sont d'amplitude correcte avec une gêne lombaire centrodistale. Les examens des hanches, des chevilles et des avant-pieds sont dans la norme. Le genou gauche révèle un minime flexum lors de son extension, la distance talon-fesse est de 19 cm (contre 4 cm à droite) et douloureuse à gauche, la mobilité est un peu moins bonne de ce côté. Le volet de la chirurgie du rachis a consisté en une consultation. Au cours de celle-là, l'expert orthopédiste observe à la marche une boiterie d'évitement au niveau du membre inférieur droit. Il relève une attaque par la pointe du pied que ce soit avec ou sans chaussure, un équin fonctionnel d'une dizaine de degrés de la cheville, un flexum du genou pour rééquilibrer la longueur des membres inférieurs permettant de garder le bassin horizontal. La pose du talon, protégé par un pansement, au sol est impossible avec ou sans chaussure. L'expert remarque en outre toute une série de cicatrices dans la région des cervicales, du rachis, de l'omoplate à gauche, de la cuisse droite et sans rapport avec l'accident de la fesse. Le

C-246/2019 Page 34 genou gauche comprend une cicatrice et trois plaies, la dernière se trouvant sur la face antérieure de la cheville droite avec un contact extrêmement douloureux à la pression. Le périmètre de la cuisse droite est de 56,5 cm et celui de la cuisse gauche de 54 cm. L'expert signale une douleur à la pression de la partie interne du genou, proximale à la cicatrice transversale, en para-rotulien externe du côté gauche également. Au niveau du pied à droite, il y a une amputation partielle du talon, des parties molles et osseuse. Il y a une greffe osseuse et une zone dystrophique avec une greffe mince qui mesure 5 cm de large sur 8 cm de long, avec une hyperkératose dans la zone antérieure et un contact direct, avec atrophie extrême de la peau dans la partie plus postérieure. Le toucher dans cette zone est qualifié par l'expert d'extrêmement sensible. L'expertise neurologique s'est composée d'un entretien et d'examen des nerfs crâniens, de la nuque, des voies longues (membres supérieurs, tronc et membres inférieurs) et de l'équilibre et la démarche. Il apparaît à l'expertise neurologique que la nuque présente des contractures de la

musculature cervicale bilatérales prédominant à gauche, de discrètes contractures des trapèzes prédominant à gauche, mais une mobilité complète et pas de signe de Lhermitte. En ce qui concerne les membres supérieurs, sont indiqués une discrète hyperréflexie diffuse et symétrique avec vivacité du réflexe pectoral des deux côtés, un signe d'Hoffman et de Wartenberg des deux côtés, plus net à droite, et une hypoesthésie à la piqûre dans le territoire C6 à gauche. Pour les membres inférieurs, l'experte neurologue fait état d'une hyperréflexie diffuse et symétrique avec diffusion de la zone réflexogène du réflexe rotulien, sans clonus, une hypoesthésie au tact et à la piqûre dans le territoire S1 proximal des deux côtés, à prédominance droite, une hypoesthésie et des dysesthésies tacto-algiques dans le territoire distal du nerf sciatique poplité externe à gauche. Sur le plan de l'équilibre et de la démarche, l'experte observe une marche s'effectuant naturellement sur la pointe du pied à droite, la recourante évitant de poser son talon sur le sol sans chaussure. L'examen du talon montre une peau grêlée indurée et crevassée au niveau du point d'appui, légèrement suintante, protégée par un pansement de gaze. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire renferme encore une étude du dossier radiologique (voir AI pce 74 p. 266 s.). En résumé, le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été établi sur la base d'examen réalisés par les experts pour les troubles somatiques de la recourante qui se révèlent être complets et approfondis, ainsi que sur des résultats qui sont cohérents (seul l'expert orthopédiste indique toutefois

C-246/2019 Page 35 une gêne à la marche également avec les chaussures) et convaincants. Ils correspondent en effet à ce qu'ont pu relever des médecins traitants de la recourante et aux régions du corps touchées lors de l'accident du 6 septembre 2011. 9.1.3.6 Pour poser leurs conclusions, les experts ont procédé à une synthèse et à une discussion (voir AI pce 74 p. 267 ss). C'est aussi dans ce cadre qu'ils parlent des points litigieux importants, tout en motivant les motifs qui les conduisent à s'en distancer. Ils expliquent ainsi que la mention de lésions hémorragiques dans les lettres de sorties des Hopitaux Y. _____ du 28 novembre 2011 et du 3 janvier 2012 s'apparente à une transcription erronée. Ils relèvent qu'après une longue rééducation, l'évolution est globalement favorable. Cependant, il persiste à ce jour une très occasionnelle sensation d'engourdissement de niveau C6, prédominant à droite, ainsi qu'une notion de crampes des avant-bras et nocturnes au niveau des mollets, également à prédominance à droite, qui pourraient signifier une minime séquelle pyramidale. La recourante a par ailleurs signalé la survenue occasionnelle d'une douleur de type sciatique dans la fesse droite dans un contexte de sensation d'engourdissement permanent de la partie supérieure des deux fesses à prédominance droite. Par ailleurs, les experts soulignent que les lésions ostéoarticulaires n'ont pas empêché la recourante de reprendre progressivement l'activité professionnelle d'expert-comptable, d'abord à domicile, puis au sein de l'entreprise, ayant repris son taux d'activité normal de 80 % à la fin de l'année 2012, avant d'être licenciée au début de l'année 2013. Force est de constater que tous ces éléments sont confirmés par le dossier de la cause. Les opérations décrites par les experts ont bel et bien eu lieu, de même qu'une rééducation. De plus, plusieurs médecins traitants font état d'une tendance vers une amélioration de l'état de santé de la recourante (par exemple le Dr P. _____ dans son rapport du 14 février 2012 qui mentionne une absence quasi-complète de douleurs cervicales, un status post-arthrodèse 360° de C5-C6 bien en place [AI pce 11 p. 79] ; le Dr AE. _____ dans son certificat médical intermédiaire du 13 mars 2012 qui pose certes notamment un diagnostic de cicatrice instable du talon, mais indique une bonne évolution [AI pce 9 p. 55] ; Dr P. _____ dans son rapport du 30 avril 2012 qui parle d'une légère amélioration de

l'hypoesthésie séquellaire au bout des doigts [AI pce 41 p. 177] ; la Dresse AF. _____ dans son rapport médical inter- médiaire du 7 novembre 2012 qui fait certes état d'un état de santé station- naire pour la plaie du talon, mais d'une amélioration au niveau de l'œdème [AI pce 22] ; le Dr AD. _____ dans le rapport reçu le 21 juin 2013 qui ex- prime une stabilisation [AI pce 34]). Par contre, trois documents médicaux font part d'une évolution un peu différente (le rapport médical de la

C-246/2019 Page 36 Dresse AF. _____ reçu le 29 juillet 2013, qui ne parle qu'en termes très généraux d'une plaie chronique sur cicatrice instable du talon droit post- dégantage avec subamputation [AI pce 45] ; le rapport médical intermé- diaire du 15 octobre 2013 du Dr AD. _____ qui relève un état de santé stationnaire depuis juin 2013, mais avec des changements dans les dia- gnostics avec des cervicalgies séquellaires ayant augmenté [AI pce 49] ; le certificat médical du 22 mai 2014 du Dr AH. _____ qui atteste d'un état de santé stationnaire, mais d'une péjoration des douleurs du genou gauche depuis neuf mois [AI pce 61 p. 221 s.]). Il faut néanmoins rappeler que les experts évoquent une évolution qui n'est pas totalement, mais globalement favorable, tout en précisant une persistance d'une très occasionnelle sen- sation d'engourdissement de niveau C6, prédominant à droite – rejoignant ainsi le Dr AD. _____ [AI pce 49] – et d'une notion de crampes dans les avant-bras et nocturnes au niveau des mollets. Au demeurant, près de deux ans se sont écoulées entre le dernier rapport médical au dossier et le rapport d'expertise. Au surplus, la recourante a effectivement repris son activité professionnelle de la façon décrite par les experts dès mars 2012, mais a été licenciée fin janvier 2013 (voir AI pce 27). Sur le plan rhumatologique, les experts concluent ainsi à une situation sta- bilisée depuis plus d'une année en ce qui concerne les plaintes du genou gauche et du talon droit. D'un point de vue objectif, une limitation de la flexion du genou gauche est retenue, qui est toutefois possible jusqu'à 110°. Sont aussi remarquées des séquelles des tissus mous du talon droit avec l'absence de coussinet graisseux et un contact douloureux de l'os sur la zone de charge lors des appuis. Par conséquent, la station debout pro- longée ou la marche continue sont jugées empêchée. En raison de l'at- teinte ostéoarticulaire des membres inférieurs, les activités se déroulant principalement en position debout ou nécessitant des déplacements à pied sont contre-indiquées. Par contre, dans l'activité précédente, la capacité de travail est préservée. Sur le plan de la chirurgie du rachis et de l'orthopédie, les experts arrivent à la conclusion que la recourante a eu un polytraumatisme sévère, avec des blessures ostéoarticulaires et des parties molles, extrêmement impor- tant dans un contexte traumatisant. Elle a été prise en charge en thérapie efficacement, s'en est suivie une rééducation, avec une reprise du travail qui s'est exécutée dans des conditions difficiles pour la recourante, s'étant soldé par un licenciement. Du point de vue du rachis, la situation actuelle ne contre-indique pas la reprise d'une activité professionnelle sédentaire. La situation du talon à droite est jugée préoccupante, une grosse zone de

C-246/2019 Page 37 dystrophie existant et un pronostic sur l'évolution dans le temps étant diffi- cile. La situation du pied limite la durée de déambulation de 10 à 15 mi- nutes. Le genou gauche qui a subi des lésions des parties molles reste douloureux et limité en flexion, limitant les activités sportives. En revanche, il n'y a pas de contre-indication à une activité sédentaire. Il existe une limi- tation pour les trajets avec des déplacements à pied qui excèdent 10 à 15 minutes. Sur le plan neurologique, les experts concluent à un polytraumatisme, no- tamment un traumatisme cranio-cérébral léger, et une contusion médullaire cervicale sur fracture-luxation C5-C6 avec crochitage articulaire unilatéral à

droite le 6 septembre 2011. Aux yeux des experts, de discrets troubles sensitifs de niveau C6 persistent, avec une prédominance à gauche, de même que de discrets signes pyramidaux au membre supérieur droit. Par ailleurs, des troubles sensitifs de niveau S1 bilatéral prédominent nettement à droite au niveau des cicatrices cutanées, et au membre inférieur gauche, également en lien avec d'anciennes lésions cutanées. Ils précisent notamment que les séquelles pyramidales peuvent contribuer à l'apparition de crampes nocturnes ou à l'effort au niveau des membres inférieurs, et discrète atteinte sensorielle. Le status post-traumatique et post-chirurgical induit une limitation dans le port des charges, limitées à 5 kg maximum. La contracture de la musculature cervicale depuis la survenue du traumatisme peut alimenter une céphalée tensionnelle. Sur le plan neurologique, la capacité de travail est considérée complète. Au final, le Tribunal note que les conclusions des experts sur le plan somatique sont longuement et dûment motivées. 9.1.3.7 Les experts posent en conséquence les diagnostics au niveau somatique suivants : fracture du calcaneum droit, status après plusieurs débridements de plaies et ablation du coussinet graisseux et une greffe cutanée le 13 octobre 2011 ; status après arthrotomie traumatique du genou gauche par lavage chirurgical et réinsertion méniscale externe et bursectomie le 10 septembre 2011 ; fracture de la base du crâne ; luxation C5-C6 avec crochitage articulaire unilatéral à droite. Le Tribunal remarque que ces diagnostics correspondent aux conclusions des experts somatiques. S'ils ne retiennent pas de pneumothorax et de discret pneumomédiastin, de petites contusions de grade I du foie, de fractures du processus lombaire, contrairement au Prof. Q._____ et aux Drs R._____, S._____ et P._____. Il sied de relever que le pneumothorax a été traité par drain thoracique (voir AI pce 25 p. 138 ss).

C-246/2019 Page 38 Pour des petites contusions de grade I du foie, il y a lieu de partir du principe, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elles étaient relativement légères et qu'elles ont disparu depuis. Qui plus est, les médecins ne les mentionnent plus depuis 2011. Les experts ne retiennent pas non plus d'escarre de l'omoplate gauche, mais la Dresse U._____ la disait en voie de résolution en octobre 2011. Concernant le kyste ovarien, il y a lieu de relever qu'il a subi une exérèse en 2010 (voir AI pce 25 p. 138 ss). Pour l'œdème enfin, il est dit en voie d'amélioration par la Dresse AF._____ en 2012 (AI pce 22) et en augmentation lors d'activités prolongées sans que cela n'ait un effet sur la capacité de travail en 2013 (AI pce 45). 9.1.3.8 Les experts retiennent une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle pour autant que les déplacements du domicile au lieu de travail n'imposent pas de trajets à pied, et que le travail soit sédentaire. Dans une activité adaptée, elle est selon les experts également de 100 %. Par ailleurs, ils fixent les limitations fonctionnelles suivantes : plus de mouvement imposant des efforts brusques au niveau de la nuque, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de marche et station debout de plus de 10 minutes. Les limitations fonctionnelles correspondent aux observations approfondies des experts susmentionnées et aux actes figurant au dossier, si ce n'est le fait de ne pas travailler sur des échafaudages ou en empruntant des escaliers ou encore de l'impossibilité de tout port de charge. Elles sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, trop restreintes, mais ont été corrigées par le SMR dans son avis médical permanence du 22 février 2016 (AI pce 75) et précisée dans le complément d'expertise (AI pce 92). Pour la durée de marche, d'autres médecins en avaient retenu une plus importante de 30 minutes. 9.1.3.9 Le rapport d'expertise pluridisciplinaire complémentaire du 3 août 2016 pour ses éléments d'ordre somatique a été établi par le Prof. AI._____ et le Dr AJ._____ et répond à des questions de la recourante quant au risque d'arthrose au

niveau du genou et des cervicales, à l'éventuelle amélioration de la problématique du talon droit par la pose d'une chaussure orthopédique et des limitations fonctionnelles liées au problème du genou gauche. Pour ce dernier point, les experts ont complété que les mouvements de genuflexion et d'accroupissement ne sont pas requis pour l'activité habituelle et n'entrent donc pas en ligne de compte ; il en va de même pour les rotations du rachis ; l'alternance de la position

C-246/2019 Page 39 assise-debout est compatible avec l'activité habituelle, de même que la mobilisation du genou (flexion-extension) en restant assise (AI pce 92). 9.1.3.10 En conséquence, il peut, au degré de la vraisemblance prépondérante, être donnée pleine valeur probante au rapport d'expertise pluridisciplinaire et à son complément. C'est ce qu'a ainsi fait le SMR dans son avis médical permanence du 22 février 2016, bien qu'en s'écartant, au vu des limitations fonctionnelles, en retenant une diminution de rendement d'au moins 30 % et en retenant davantage de limitations fonctionnelles, dont celles des médecins traitants précitées (AI pce 75) et précisées dans le rapport d'expertise complémentaire (AI pce 92). 9.1.3.11 Sur le plan somatique, le SMR a apprécié, à juste titre, dans son avis médical du 14 juin 2018 que l'incapacité [recte : capacité] de travail dans toute activité était ainsi de 0 % de janvier 2013 (date du licenciement) à décembre 2015 (AI pce 140), sachant que le rapport d'expertise pluridisciplinaire date du 12 février 2016. 9.1.3.12 En outre, le Tribunal considère au vu de la situation de la recourante que le statut mixte a été retenu à bon droit jusqu'au 31 décembre 2016, la recourante ayant réduit son taux d'activité pour des motifs tenant à ses enfants, et non à l'exercice d'un loisir ou à l'entreprise d'une formation ou d'un perfectionnement professionnel (voir AI pce 77). Il n'y a pas d'erreur manifeste à relever dans les résultats de l'enquête économique sur le ménage consignés dans le rapport du 19 mai 2016 de Mme G. _____, les calculs étant corrects (voir AI pce 79). 9.1.3.13 Sur le vu de ce qui précède, la décision attaquée se révèle conforme au droit en ce qui concerne la période s'étendant du 1er janvier 2014 au 31 mars 2016 (en tenant des trois mois après l'amélioration constatée, voir art. 88a al. 1 RAI), le calcul étant au demeurant correct. Elle doit, par conséquent, être confirmée sur ce point. 9.2 En ce qui concerne la période de rente débattue entre les parties, à savoir celle allant du 1er avril 2016 au 30 juin 2018, le Tribunal remarque que l'expertise psychiatrique et l'expertise complémentaire du Prof. AP. _____ ont été jugées probantes (« conduite selon les règles de l'art ») par le SMR (pour l'expertise, voir avis médical du SMR du 29 août 2017 établi par la Dresse I. _____ [AI pce 120]). Ce point de vue est par ailleurs partagé par la recourante (TAF pce 1 p. 4).

C-246/2019 Page 40 9.2.1 Il ressort du dossier que l'expertise psychiatrique et son complément respectent en effet les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante au niveau formel (l'expert, le Prof. AP. _____, est un spécialiste reconnu, disposant en tant que psychiatre et psychothérapeute FMH de la formation spécialisée et des compétences nécessaires pour investiguer les affections psychiques de la recourante, qui a été épaulé dans sa tâche par Mme AQ. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP. Il était en pleine connaissance de l'anamnèse [AI pce 116 p. 381 ss, 385 ss] et du dossier [AI pce 116 p. 379, 380, 385 ss]. Il rapporte les plaintes exprimées par la recourante [AI pce 116 p. 383 s., 387, 388, 389]. Ses examens ont consisté en deux entretiens avec la recourante d'une durée totale de 180 minutes, une évaluation neuropsychologique d'une durée totale de 330 minutes avec notamment un bilan neuropsychologique, deux subtests de la WAIS-IV et un test d'alerte phasique, un entretien

téléphonique avec l'époux de la recourante de 25 minutes, un entretien avec le sophrologue de 10 minutes et un avec la médecin traitant de 10 minutes, et enfin l'étude du dossier [AI pce 116 p. 380, 389 ss]. La description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires [AI pce 116 p. 385 ss]. Les résultats des examens, les observations approfondies réalisées et les conclusions sont dûment retranscrits et motivés [AI pce 116 p. 387 ss, 390, 393, 394]. Les points litigieux, en particulier par rapport à la première expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique, sont discutés [AI pce 116 p. 393]). Au niveau des indicateurs de la jurisprudence du Tribunal fédéral, s'agissant de la catégorie A. « degré de gravité fonctionnel », l'expert décrit pour le complexe a. « atteinte à la santé », l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic [AI pce 116 p. 385 ss, 390 ; qui est une neurasthénie {CIM-10 : F 48.0}], le succès du traitement ou la résistance à son égard [AI pce 116 p. 384 s., 391 s.], le succès de la réadaptation ou résistance à cet égard [AI pce 116 p. 392 s.] et les comorbidités [AI pce 116 p. 393] ; il expose les éléments relatifs au complexe b. « personnalité » [AI pce 116 p. 383, 384, 388]. Il traite à plusieurs endroits du complexe c. « contexte social » [AI pce 116 p. 383, 384, 387, 388]. Pour la catégorie B. « cohérence », l'expert relève la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie de la recourante [AI pce 116 p 384] et le poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation [AI pce 116 p. 393 s.]. Enfin, l'expert a encore pu préciser son appréciation dans un complément du 2 mai 2018 [AI pce 138]). 9.2.2 Cependant, le SMR s'en est distancé en ce qui concerne le trouble de l'adaptation et la neurasthénie, affirmant qu'il ne s'agissait pas d'atteintes reconnues comme incapacitantes selon l'AI (voir avis médicaux

C-246/2019 Page 41 du SMR des 29 août 2017 [AI pce 120] et 14 juin 2018 établis par la Dresse I. _____ [AI pce 140]). L'autorité inférieure l'a suivi en rendant la décision dont est recours. 9.3 Dans un premier grief, la recourante reproche au SMR de retenir, sans argument, et contrairement à l'expertise psychiatrique, une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 % dès le 1er janvier 2016, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. 9.3.1 A titre liminaire, on rappellera que c'est le SMR, par le Dr H. _____, qui a jugé nécessaire de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique pour connaître les atteintes psychiques de la recourante et leurs conséquences sur la capacité de travail (AI pce 104). Le mandat de nouvelle expertise a ainsi été confié au Prof. AP. _____ (AI pce 105). 9.3.2 On constate, avec la recourante, que la motivation avancée par le SMR pour s'écarter de certaines des conclusions de l'expertise et exclure ainsi une atteinte psychique justifiant d'une incapacité de travail, s'avère fort succincte, se contentant d'affirmer que la neurasthénie et le trouble de l'adaptation ne sont pas reconnus comme incapacitants selon l'AI et que l'expert aurait précisé que l'épisode dépressif est en rémission (AI pce 120 ; voir aussi AI pce 140). 9.3.3 Or, si on trouve des affaires dans la jurisprudence où un diagnostic sans effet sur la capacité de travail avait effectivement été posé à cet égard (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_613/2016 du 19 mai 2017 consid. 4.4), il n'en demeure pas moins que dans d'autres, un diagnostic avec effet sur la capacité de travail et incapacitant dans une certaine mesure étaient présents (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_157/2019 du 28 octobre 2019 consid. 4.1 et 9C_600/2019 du 18 août 2020 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-507/2019 du 10 septembre 2020 consid. 8.2.5). On rappellera en outre que la neurasthénie est un trouble psychosomatique (ATF 139 V 346 consid. 2) dont le caractère incapacitant doit être évalué en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3.6 de cet arrêt). Or, comme cela a été exposé plus haut, l'expert psychiatre a correctement évalué

dans son appréciation globale psychiatrique les ressources de la recourante, observant, entre autres, que cette dernière « est capable de tracer son avenir professionnel mais nécessite une aide psychologique pour y parvenir » (AI pce 116 p. 393) ou encore que le « vrai enjeu se trouve cependant dans la renégociation du projet de vie qui nécessite une aide psychothérapeutique d'orientation existentialiste » (AI pce 116 p. 393). De plus, il n'a pas

C-246/2019 Page 42 relevé de motifs d'exclusion du type d'une exagération ou d'une manifestation analogue (voir AI pce 116 p. 391 s'agissant des tests neuropsychologiques où il est en particulier noté que « [l']ensemble du profil semble compatible avec le syndrome dépressif » ; aucune incohérence n'est relevée au niveau de l'indicateur « cohérence » (AI pce 116 p. 393). L'expert signale que les symptômes dépressifs sont alors « en régression claire et un diagnostic dépressif ne peut pas être retenu. L'expertisée présente « en queue de comète » des symptômes de neurasthénie (fatigue inexplicée, sensation de perte de performance, mal-être diffus, sentiment d'épuisement après des tâches mineures). Ces symptômes bien que mineur[s] sont suffisamment tenaces pour limiter l'expertisée en termes de temps de travail possible tout au moins dans un premier temps » (AI pce 116 p. 393 ; voir aussi complément d'expertise du 2 mai 2018 [AI pce 138 p. 442 s., qui ajoute que de tels symptômes sont souvent tenaces et ne régressent que très lentement en fonction des enjeux relationnels de la personne]). C'est ainsi que l'expert retient une capacité de travail de 50 % avec l'aide pour la reprise de l'activité professionnelle et suivi psychothérapeutique, avec passage à 100 % progressivement dans un espace de 12 mois au maximum dans l'activité habituelle et de 50 % immédiatement avec suivi psychothérapeutique et passage à 100 % progressivement dans un espace de 12 mois au maximum dans une activité adaptée (AI pce 116 p. 394).

9.3.4 Des explications plus détaillées sont proposées par le SMR, sous la plume de la Dresse F. _____, dans la réponse du 28 mars 2019 de l'autorité inférieure (TAF pce 6, 2e annexe). Celui-ci indique que la neurasthénie n'est pas incapacitante dans le cas particulier à la lumière des indicateurs de la jurisprudence en vigueur si on tient compte in casu des ressources personnelles et sociales de la recourante et du fait qu'elle ne présente pas de pathologie psychiatrique active. Force est cependant de constater que ces spécifications n'arrivent ainsi qu'à un stade bien tardif de la procédure et ne parviennent de toute façon pas à remédier aux défauts dont souffre la décision : en effet, le SMR évalue explicitement les ressources personnelles et sociales de la recourante comme cela ressort de l'expertise psychiatrique du Prof. AP. _____. Il mentionne aussi que ce dernier relativise ceci par le fait que la recourante nécessite en plus une aide psychologique dans la reprise partielle, puis complète de toute activité. Mais, il apparaît qu'il décide de ne pas tenir compte de ce dernier point, ce pourtant sans en donner la moindre explication.

9.3.5 De plus, et comme le relève à juste titre la recourante, la Dresse F. _____ n'est pas une psychiatre contrairement à l'expert, mais un médecin interniste généraliste (selon MedReg).

C-246/2019 Page 43 9.3.6 L'autorité inférieure cite, pour sa part, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2008 du 27 octobre 2008, selon lequel le fait qu'un médecin ne soit pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie ne justifie pas en soi d'écarter son avis, puisqu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (consid. 3.2).

9.3.7 Il faut cependant rappeler que dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a retenu que les critiques du médecin non psychiatre ne mettaient, dans le cas d'espèce, pas en évidence des contradictions manifestes dans l'expertise, mais visait plutôt à démontrer que le rapport du SMR serait plus crédible que

celui de l'expert. Il est ensuite arrivé à la conclusion que l'expertise remplissait les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document et que le rapport y afférent ne contenait pas de contradictions, ni de défauts manifestes. Cela l'a notamment conduit à rejeter le recours. 9.3.8 Or, dans la cause qui nous concerne, l'expertise du Prof. AP. _____ et son complément répondent, comme admis plus haut (voir supra consid. 9.1.1), aux exigences posées par la jurisprudence en la matière. De surcroît, il est, comme dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2008 précité, exempt de contradiction et de défaut manifeste. Au final, aucun indice concret ne permet de douter des résultats auxquels ils aboutissent de manière convaincante (voir supra consid. 7.1.1). Ce faisant, on voit mal pourquoi les médecins du SMR en ont retenu la plupart des conclusions, mais écarté celle relative à la reprise progressive dans toute activité dès la date de l'expertise. Comme exposé ci-dessus (voir supra consid. 9.2.4), les explications plus détaillées données par le SMR dans le cadre de la réponse au recours ne convainquent pas non plus. 9.3.9 Le grief du recourant est, partant, fondé. 9.4 Dans un deuxième grief, la recourante soutient que la décision querelée renferme une appréciation dénuée de fondement, dans la mesure où elle s'est basée uniquement sur une remarque du SMR, alors que celui-ci n'a pas vu la recourante et contredit sans raison le point de vue de l'expert psychiatre. 9.4.1 L'aspect de la contradiction sans raison avec l'appréciation de l'expert a déjà été examiné ci-dessus (voir supra consid. 9.2), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

C-246/2019 Page 44 9.4.2 En revanche, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle critique le fait que le SMR ne l'a pas vue. En effet, et comme il a été exposé plus haut, les prises de position des SMR ne se fondent en général pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, mais propose une appréciation sur celles déjà existantes (voir supra consid. 7.1.2). Sur ce point, le recours se révèle infondé. 9.5 Dans un troisième grief, la recourante avance que l'autorité inférieure a fait preuve d'arbitraire dans la motivation de la décision entreprise, dans la mesure où elle reviendrait à dire qu'une personne atteinte de problèmes d'ordre psychiatrique pourrait, du jour au lendemain, passer d'une quotité d'incapacité de travail de 0 % à une quotité de 100 % avec une simple diminution de rendement. Cela contredirait en outre ce qui a été retenu dans l'expertise. 9.5.1 De jurisprudence constante, une décision est arbitraire (cf. art. 9 Cst.) lorsqu'elle contredit de manière évidente une situation de fait donnée, lorsqu'elle viole gravement une règle de droit, un principe juridique clair et indiscuté, qu'elle ne se fonde pas sur des raisons sérieuses et objectives, qu'elle est dépourvue de sens et de but ou qu'elle heurte de manière choquante le sentiment de justice et d'équité. Pour qu'une décision soit arbitraire, il ne suffit toutefois pas qu'une autre solution eût été possible, ni même préférable. Il n'y a donc pas arbitraire du seul fait qu'une autre solution pourrait aussi se défendre et sembler même plus correcte. Pour être arbitraire la solution retenue doit heurter le sentiment du droit par comparaison avec la solution écartée et apparaître ainsi comme juridiquement injuste. Enfin, l'annulation d'une décision ne se justifie que lorsque celle-ci est arbitraire dans son résultat et pas uniquement dans sa motivation (ATF 134 I 140 consid. 5.4 et les références ; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-5276/2015 du 29 juin 2016 consid. 4.3.1.2). 9.5.2 Il appert que l'autorité inférieure a versé dans l'arbitraire dans le cadre de la décision entreprise en reconnaissant pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique et à son complément (« conduite selon les règles de l'art ») pour s'en écarter s'agissant de la reprise progressive de toute activité dès la date de l'expertise. En effet, elle a rejeté cette partie de la solution de l'expertise psychiatrique sans raison vraiment valable, y compris lorsqu'elle a davantage

défendu sa position lors de la réponse au recours, ce qui heurte le sentiment du droit tant dans la motivation que dans le résultat contenus dans la décision dont est recours. On rappellera que l'expertise et son complément ont dûment expliqué en quoi la recourante

C-246/2019 Page 45 présentait alors des symptômes dépressifs en régression claire et en « queue de comète » des symptômes de neurasthénie, lesquels sont, aux dires de l'expert, suffisamment tenaces pour la limiter en termes de temps de travail possible tout au moins dans un premier temps, tout en fixant une reprise progressive de toute activité. Il ne résulte point de divergences au niveau des autres professionnels traitants consultés à cet égard (voir notamment questionnaire médical [psychiatre] du 26 septembre 2016 de M. AO. _____, signalant que l'évolution était encourageante malgré de récurrentes régressions et que l'impact sur la capacité de travail se manifestait notamment par une fatigabilité et des réactions exacerbées en situation de stress, tout en n'étant pas en mesure de déterminer la durée de l'atteinte [AI pce 101 p. 350 s.]). 9.5.3 Ce grief s'avère, par conséquent, également fondé. 9.6 Dans un quatrième grief portant sur les prescriptions de l'ATF 141 V 281, la recourante allègue que l'autorité inférieure y aurait contrevenu à plusieurs égards. 9.6.1 Pour les mêmes motifs que ceux exposés ci-dessus (voir supra consid. 9.2.1 et 9.3.8), ce grief est fondé. 9.7 Dans un cinquième grief, la recourante invoque une violation de la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa). 9.7.1 Là aussi, pour les mêmes raisons, l'argumentation est correcte et le grief fondé. 9.8 Enfin, la recourante note en lien avec sa conclusion tendant à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente d'une quotité minimale de 50 %, également pour la période allant du 1er avril 2016 jusqu'au 30 juin 2018, que ladite décision est incompréhensible étant donné qu'elle constate une amélioration de l'état de santé dès le mois de janvier 2016, la capacité de travail étant de 70 % dans toute activité professionnelle, puis n'effectue pas un calcul correct, mais un calcul en pourcentages, en tenant compte d'une perte économique de 12,5 %. Elle affirme que l'autorité inférieure se dispense de faire une comparaison concrète des revenus estimant que l'incapacité de gain de 30 % (recte : incapacité de travail) ne donnerait pas droit à une rente d'invalidité.

C-246/2019 Page 46 Dans le cadre de la réplique, la recourante prétend que l'autorité inférieure a omis avoir expressément admis pourtant que la méthode mixte n'était en l'espèce pas applicable dans une « note de statut ». 9.8.1 L'argumentation de la recourante ne saurait être suivie. En effet, il s'avère, au contraire, que la deuxième note statut du 25 avril 2018 (AI pce 136) précise clairement qu'elle complète la première du 7 mars 2016 – laquelle retenait un statut mixte – et qu'elle convient d'un statut d'actif à partir du 1er janvier 2017. Les actes au dossier viennent par ailleurs corroborer la position de l'autorité inférieure (voir en particulier AI pce 79 et la présentation des éléments dans la deuxième note statut [AI pce 136]). On ajoutera que la recourante a, elle-même, indiqué qu'elle travaillait à 80 % que parce qu'elle avait des enfants petits dont elle devait s'occuper (AI pce 134 p. 436) et non par exemple pour se consacrer à des activités de loisirs ou à une formation continue (voir encore notamment AI pces 4 p. 21 s., 9 p. 51). Ce n'est ainsi qu'en 2017 qu'elle a changé de statut de mixte à actif. 9.8.2 Pour ce qui a trait à la période s'étendant au-delà du 1er janvier 2016, le Tribunal remarque qu'il n'est pas possible de s'appuyer sur les conclusions relatives de l'expertise et de son complément, car l'expert psychiatre, le Prof. AP. _____, ne fixe pas clairement l'évolution de la maladie psychiatrique de la recourante à partir de ce moment. C'est pourquoi une amélioration de son état de santé clairement limitée dans le temps à compter du 1er janvier 2016 et une

suppression de la rente ne peuvent être approuvées. 10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision attaquée confirmée pour la période du 1er janvier 2014 au 31 mars 2016 et annulée pour la période après le 1er avril 2016. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction en ce qui concerne la période s'étendant après le 1er avril 2016 et nouvelle décision. Lors de l'instruction complémentaire, elle tiendra dûment compte du changement de statut en 2017 de mixte à actif. Par ailleurs, il est rappelé que la recourante a deux rentes pour enfant liées à celle de la mère. 11. Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire

C-246/2019 Page 47 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, l'évolution progressive de la capacité de travail de la recourante pour la période dès le 1er avril 2016 sous l'angle psychiatrique n'a pas été instruite comme il se doit, quand bien même l'expertise du Prof. AP._____ l'expliquait et le SMR s'en est distancé, alors qu'il s'agit d'une question déterminante. Le Tribunal n'est par ailleurs pas en mesure d'y remédier, y compris à la lumière du dossier. 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 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.

12.

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