

BVGer C-6040/2017 vom 16. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6040_2017

FR: TAF C-6040/2017 du 16 novembre 2021

IT: TAF C-6040/2017 del 16 novembre 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Le recours ayant été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et 52 PA), il se révèle recevable, l'avance de frais d'un montant de CHF 800.- ayant été de surcroît versée dans le délai imparti (cf. art. 63 al. 4 PA et art. 69 al. 2 LAI ; TAF doc 4).

E. 2.1

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

E. 2.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (cf. 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 (cf. art. 12 PA; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (cf. art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4). Ce devoir impose en particulier aux parties l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles supporteront les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2).

E. 3.1

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 (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

E. 3.2

Le tribunal 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 25 septembre 2017). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 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 (cf. arrêts du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

E. 3.3

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante est une ressortissante suisse, ayant travaillé de nombreuses années en Suisse avant de déménager en France dans le courant de 2016 (notamment OAIE doc 134 [premier courrier portant l'adresse de la recourante en France]). 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 (cf. art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes

de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 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'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (cf. 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). Ainsi, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité, ou une attestation médicale d'incapacité établie par une autorité de sécurité sociale étrangère, ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse.

E. 4

En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse pendant plus de 3 ans (voir en particulier OAIE doc 151), elle satisfait ainsi à la condition de durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (cf. art. 36 al. 1 LAI). Il y a lieu ainsi ensuite d'examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 5.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. 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 (cf. 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (cf. art. 6, 1ère phrase LPGA).

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

E. 5.2

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une

incapacité de travail (cf. 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 (cf. art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c).

E. 5.3

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si 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 personnes assurées qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (cf. art. 13 LPGa) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE comme en l'espèce (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 6

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La recourante ayant déposé la présente demande de prestations AI le 11 avril 2013, son droit à une rente, le cas échéant, s'ouvre au plus tôt le 11 octobre 2013 avancé au 1er octobre 2013 (art. 29 al. 3 LAI).

E. 7.1

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

E. 7.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend

également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (cf. ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. Michel Valterio, op.cit., art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 7.2.1

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu (cf. art. 44 LPGA), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/bb; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). La tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 7.2.2

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

9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

E. 7.2.3

Concernant enfin 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 plaidant contre leur fiabilité (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

E. 7.2.4

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 (cf. ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position du service médical de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales portent une appréciation sur celles déjà existantes (cf. arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner 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 (cf. 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (cf. arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 8.1

Dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a procédé à un revirement de sa jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, abandonnant la présomption selon laquelle une personne souffrant d'un tel trouble ou d'une affection semblable pouvait par un effort de la volonté raisonnablement exigible surmonter le trouble (cf. ATF 130 V 352). Il a jugé que la capacité de travail exigible des assurés

souffrant de troubles psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs légers à moyens, doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (cf. ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 143 V 418 consid. 6 et 8.1; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1: expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2: structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4: point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 8.2

Dans ce contexte, il appartient aux médecins de poser un diagnostic en fonction de critères médicaux et de se prononcer sur l'incidence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail, tandis qu'il revient à l'organe d'application du droit d'évaluer le caractère invalidant d'une telle atteinte au regard des indicateurs développés par la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1, 2.1.1 et 5.2.1, 144 V 50 consid. 4.3 ; arrêt du TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 4.3). Ce changement de jurisprudence ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou judiciaires recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des nouveaux indicateurs déterminants, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux (cf. ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêts du TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1; voir ég. 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3).

E. 8.3

Dans les ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a jugé que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux devait 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 (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les réf. cit.), 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 (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a également remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.4, 4.5.2). Il a aussi souligné que le catalogue d'indicateurs susmentionné n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

E. 9

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 25 septembre 2017, par laquelle l'office cantonal L._____ a octroyé à la recourante un quart de rente d'assurance-invalidité à partir du 1er octobre 2013. Est notamment litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à une rente supérieure comme elle le réclame par son recours.

E. 10.1

Sur le plan médical ont dans un premier temps été versés en cause, les documents médicaux suivants : le rapport médical du 27 mars 2013 manuscrit et partiellement illisible de la Dresse D._____ à l'attention du Dr O._____, médecin-conseil de E._____ Assurances, dans lequel celle-là fait part notamment d'une épilepsie partielle depuis fin 2011 et d'une incapacité de travail complète dès le 8 octobre 2012 (OAIE doc 17 p. 5), le questionnaire intitulé « rapport médical pour l'examen du droit d'une personne assurée adulte à des mesures pour une réadaptation professionnelle et une rente » rempli par la Dresse D._____ le 15 juillet 2013 à la demande de l'office cantonal L._____, dans lequel ladite médecin indique en particulier que la recourante souffre de récurrence d'état anxio-dépressif et d'épilepsie partielle et secondairement généralisée frontale et que seule cette dernière influe sur la capacité de travail. Elle estime qu'il n'y a pour l'heure aucune activité adaptée et que le pronostic quant au traitement antiépileptique est bon (OAIE doc 27), le questionnaire rempli par la Dresse D._____ partiellement illisible du 15 juillet 2013 à la demande du Dr O._____ dans lequel ladite docteur évoque un diagnostic d'épilepsie et indique que les décompensations épileptiques avec de nombreuses crises partielles et généralisées répondent difficilement et incomplètement au traitement. Elle avance toutefois que la reprise du travail reste difficile à pronostiquer quand bien même que celle-ci reste probable en raison de l'espacement des crises (OAIE doc 30 p. 8), Consulté dans le cadre de l'examen de la demande de prestations AI, le Dr P._____, médecin auprès du SMR, se fondant sur les pièces médicales au dossier, a retenu dans son avis du 4 novembre 2013, en tant qu'atteinte à la santé au sens de l'AI, l'épilepsie partielle - secondairement généralisée - et frontale (sic) et que les limitations fonctionnelles sont le travail en hauteur, l'utilisation d'objet tranchant ou coupant, la conduite, le port d'enfant ou la responsabilité envers les enfants ou les personnes handicapées. Il estime qu'une activité administrative semble adaptée et que l'état de la recourante n'est pas stabilisé. Il juge également nécessaire de demander au médecin traitant de la recourante la fréquence des crises et la description de celle-ci (OAIE doc 34).

E. 10.2

Les documents médicaux suivants ont ensuite été remis au dossier : le rapport médical intermédiaire du 9 décembre 2013, partiellement illisible, établi par la Dresse D. _____ retenant notamment comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail des crises d'épilepsie et l'état anxio-dépressif comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Ledit rapport dénote également une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis l'automne 2013 en raison d'une diminution de la fréquence des crises et expose que la survenance aléatoire des crises s'avère incompatible avec le travail avec les enfants et nécessite une réadaptation professionnelle pour un poste administratif. La doctoresse estime enfin que le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle, à savoir l'éducatrice de petite enfance, s'élève à 0% et que le taux de capacité de travail dans une activité adaptée se monte quant à lui à 50% avec une augmentation ultérieure probable à 60% (OAIE doc 43 p. 1 à 3), le courrier du 9 décembre 2013, partiellement illisible, dans lequel la Dresse D. _____ répond aux questions posées par l'office cantonal L. _____ le 4 novembre 2013. Celle-ci indique en particulier que la fréquence des crises d'épilepsie s'élève à deux à trois fois par mois depuis août-septembre 2013 et que ces crises sont partielles avec perte de conscience (OAIE doc 43 p. 4), Consulté dans le cadre de l'examen de la demande de prestation AI, la Dresse Q. _____, médecin du SMR, se fondant sur les rapports médicaux remis au dossier, a retenu dans son avis médical du 11 février 2014 que la recourante souffre de crises d'épilepsie depuis 2009 avec aggravation en 2012 et 2013 et que, selon la Dresse D. _____, ces crises survenant encore quelques fois par mois, elles justifient une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. Elle indique ensuite que le taux de capacité exigible dans une activité adaptée s'élève à 50%, susceptible d'amélioration et que l'état anxio-dépressif, lequel s'est amélioré, n'a aucune répercussion sur la capacité de travail. Elle expose également que les limitations fonctionnelles consistent à du travail en hauteur, avec des engins à moteur, impliquant la conduite automobile professionnelle et avec des personnes sensibles comme des enfants ou des handicapés (OAIE doc 47).

E. 10.3

Les pièces médicales ci-après ont par la suite également été versées au dossier : le rapport médical manuscrit du 17 avril 2014 partiellement illisible de la Dresse R. _____, spécialiste en psychiatrie et médecin traitant de la recourante, faisant notamment part d'une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique et ne relevant aucune contre-indication pour une réadaptation professionnelle (OAIE doc 60), la lettre de sortie du 19 mai 2014 des HÔPITAUX G. _____ exposant les résultats du monitoring vidéo-EEG et un arrêt de travail du 12 mai au 2 juin 2014 (OAIE doc 65 p. 4 ss), le certificat médical du 26 mai 2014 établi par la Dresse D. _____ indiquant la reprise progressive des mesures de réadaptation professionnelle (OAIE doc 64 p. 1), le rapport médical intermédiaire du 27 juin 2014 établi par la Dresse D. _____ modifiant son diagnostic en ce sens que les crises d'épilepsie sont en réalité des pseudo-crisis d'origine psychiatrique, ce qui nécessite un changement de traitement. Elle indique ensuite que la situation de la recourante s'est détériorée en ce sens que les crises se sont intensifiées et que la capacité de travail dans une activité adaptée s'élève toujours à 50%. Elle préconise enfin un renforcement du traitement psychothérapeutique (OAIE doc 65), le rapport médical intermédiaire du 2 décembre 2014 établi par la Dresse R. _____, partiellement illisible, faisant notamment état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante et retenant les troubles dépressifs et anxieux comme ayant une influence sur la capacité de travail. La doctoresse indique également que la recourante souffre de la fatigue, d'incapacité à se lever, à sortir, à se concentrer et à

affronter les gens ainsi que d'une diminution de la résistance aux stimuli (sic) et au stress. Elle retient ainsi une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'éducatrice de la petite enfance et d'une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée (OAIE doc 76), le rapport médical intermédiaire du 18 décembre 2014 émanant de la Dresse D. _____ exposant notamment un état de santé stationnaire de la recourante et les troubles dépressifs avec crise de panique comme ayant une influence sur la capacité de travail. Elle ajoute que la recourante ne perd plus connaissance depuis qu'elle a compris l'origine de ses crises et que l'incapacité à travailler dans son ancienne activité demeure complète et le taux de capacité de travail dans une activité adaptée reste à 50% (OAIE doc 83). Dans son rapport manuscrit partiellement illisible du 19 janvier 2015, le Dr P. _____, se fondant notamment sur l'avis médical SMR du 11 février 2014 et le rapport médical intermédiaire du 18 décembre 2014 de la Dresse D. _____, expose que suite à l'enregistrement vidéo-EEG, il s'avère que les crises sont d'origine psychogène (syndrome de conversion) et non pas neurologique et que dans ce contexte, le changement de traitement a permis une amélioration de la symptomatologie. Il dénote que les troubles d'anxio-dépressifs avec crises de panique persistent et que les limitations fonctionnelles relevées dans le rapport médical du 8 décembre 2014 (recte : 18 décembre 2014) restent actives (sic). Le médecin retient ainsi les crises d'épilepsie psychogène (syndrome de conversion) et les troubles anxio-dépressifs comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles telles que la diminution de la concentration, de la résistance au stress, l'anxiété ainsi que les difficultés à affronter les gens. Il fait enfin état d'une incapacité complète de travail dans l'activité habituelle de la recourante ainsi qu'une capacité de travail à hauteur de 50% dans une activité adaptée, laquelle peut être augmentée progressivement (OAIE doc 87).

E. 10.4

Consulté dans le cadre de la procédure de la demande de prestations AI, le Dr S. _____, médecin du SMR, se référant notamment au rapport du Dr P. _____ du 19 janvier 2015 et de la Dresse Q. _____ du 11 février 2014, expose dans son avis médical partiellement illisible du 5 avril 2016 que la recourante présente des crises d'épilepsie d'origine psychogène (syndrome de conversion) et que, la capacité de travail est de 0% dans l'activité habituelle et s'élève à 50% dans une activité adaptée depuis le 15 septembre 2013. Le médecin relève ensuite que la recourante est en reclassement professionnel dans le domaine des ressources humaines et que celle-ci a présenté plusieurs arrêts de travail depuis le 24 novembre 2015 et ne travaille plus qu'à 20% depuis mars 2016. Il préconise ainsi la reprise d'instruction et requiert des renseignements auprès de la Dresse D. _____, du Dr T. _____, de la Dresse R. _____ ainsi que du Dr U. _____ (OAIE doc 118).

E. 10.5

La documentation médicale suivante a encore été versée au dossier : le rapport médical manuscrit partiellement illisible du 15 avril 2016 du Dr U. _____, ophtalmologue, faisant notamment part que la recourante ne présente aucune incapacité de travail sur le plan ophtalmologique (OAIE doc 121), le rapport médical intermédiaire du 18 mai 2016 de la Dresse D. _____ dans lequel elle explique notamment que l'aggravation de l'état de santé de la recourante, à savoir une reprise des crises épileptiques et/ou pseudo-épileptiques et les crises d'angoisse ainsi que l'état d'épuisement après les crises durant plusieurs jours, est à l'origine des incapacités de travail successives depuis novembre 2015. Elle dénote que les limitations fonctionnelles portent sur l'état d'épuisement après les crises et que la capacité

de travail reste nulle dans l'activité habituelle et s'élève à 20% dans une activité adaptée telle que son activité de réinsertion (OAIE doc 127), Dans leur avis médical du 21 juin 2016, les Drs M._____ et K._____ préconisent la mise en oeuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique via le V._____ afin de déterminer si l'atteinte à la santé de la recourante est incapacitante au sens de l'assurance-invalidité (OAIE doc 133).

E. 10.6

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire effectué par le Centre médical d'expertises J._____ a été transmis le 11 novembre 2016. Il a été réalisé par le Dr W._____, médecin généraliste, le Dr X._____, neurologue et le Dr Y._____, psychiatre et psychothérapeute. Il retient comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (FF 33.0) et le syndrome de conversion, convulsions dissociatives (FF 44.5). Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail concernent quant à eux le trouble anxieux, anxiété épisodique paroxystique (F 41.0), le status après angines à streptocoques et le status après mononucléose infectieuse. Les experts concluent que la capacité de travail est de 0% dans un poste de travail d'éducatrice de la petite enfance, d'intervenante auprès de personnes en situation de handicap en raison des limitations psychiques telles que l'humeur dépressive, les troubles cognitifs de la mémoire et de la concentration, l'anxiété anticipatoire et les convulsions dissociatives. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, ils estiment que la recourante présente une capacité « de 20 à 50%, par paliers de 10%, avec rendement proportionnel, à partir de 20%. Les limitations : l'exposition longue à l'écran d'ordinateur, les déplacements fréquents, l'utilisation de la voiture ». Ils notent également l'absence de crises lors de l'équitation et proposent la reprise de la psychothérapie de manière régulière (OAIE doc 142).

E. 10.7

Dans son avis médical SMR du 20 février 2017, le Dr K._____ prend position sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire. Il retient comme diagnostic principal le syndrome de conversion avec crises de convulsions dissociatives (F 44.5) et comme diagnostics associés le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0), le trouble anxieux, anxiété épisodique paroxystique (F 41.0) ainsi que le status post dépendance à la cocaïne sevrée depuis 2008. Il estime que l'incapacité de travail de la recourante est complète dans l'activité habituelle depuis le 8 octobre 2012, mais que depuis le 15 septembre 2013, sa capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir le risque de chute imprévisible, pas de travail avec des objets coupants avec risques de blessures, de travail en hauteur et/ou prolongé sur des écrans facteur déclenchant de crises et avec l'utilisation de voiture à titre professionnel. Il expose ensuite que les conclusions des experts en ce qui concerne l'évaluation du trouble dissociatif et son retentissement sur la capacité de travail doivent être écartées et que les conclusions du rapport SMR du 11 février 2014 doivent être confirmées. Il fait notamment valoir qu'il existe un décalage entre ce que la recourante peut faire dans sa vie quotidienne en comparaison à une activité dans le travail, en ce sens que son quotidien semble relativement normal. A cela s'ajoute qu'elle est volontaire et demande à retourner au travail. De plus, la reprise du traitement psychothérapeutique peut selon les experts améliorer son état de santé (OAIE doc 148).

E. 10.8

Dans le cadre de la procédure devant le tribunal, la recourante a d'abord produit les documents médicaux suivants : le rapport d'intervention psychiatrique d'urgence du 4 octobre 2017 émanant de la Dresse Z._____ des HÔPITAUX G._____ faisant pour l'essentiel état de la consommation par la recourante d'un flacon de Rivotril sans visée suicidaire (TAF doc 3 annexe), le courrier du 20 décembre 2017 de la Dresse D._____ faisant part notamment d'une péjoration au niveau anxio-dépressif et de l'impossibilité pour la recourante de reprendre la psychothérapie pour des raisons financières. Elle estime en outre que la rente doit être réévaluée (TAF doc 13 annexe 19), Invité à prendre position sur le recours, l'OAIE a demandé à l'office cantonal L._____ de se déterminer. Celui-ci a consulté à cet égard le Dr M._____ (TAF docs 7 annexe et 15 annexe) et la Dresse N._____ (TAF doc 15 annexe). Dans son avis médical du 14 décembre 2017, le Dr M._____ se détermine quant au rapport d'intervention psychiatrique d'urgence du 4 octobre 2017, exposant notamment que celui-ci a confirmé l'absence de critères de gravité, en particulier d'idées suicidaires, dès lors que la consommation volontaire d'un flacon de Rivotril n'avait pas pour but de se suicider et résultait d'un geste en réaction à la décision d'octroi d'un quart de rente AI. Il retient ainsi que les atteintes psychiques ne présentent pas de critère de sévérité et confirmant en cela les conclusions du rapport SMR du 20 février 2017. Dans son avis médical du 20 avril 2018, ledit médecin conteste la position de la Dresse D._____ exprimée dans son courrier du 20 décembre 2017, faisant valoir que celle-ci n'a apporté aucun élément nouveau permettant de s'écarter de ses conclusions précédentes. Il avance que les arguments de la doctoresse ne sont pas convaincants, dès lors que les multiples explorations neurologiques effectuées n'ont permis de retenir que des crises dissociatives psychogènes et qu'il n'y a aucun motif neurologique nouveau permettant de justifier l'évaluation de véritables crises d'épilepsie. Il soutient ensuite que, contrairement à ce que prétend la Dresse D._____, le spécialiste en réadaptations a expressément indiqué dans son rapport du 15 mai 2017 que la recourante avait bénéficié de mesures de réadaptation et qu'elle était en mesure de travailler dans le domaine administratif. A cela s'ajoute que les médecins des urgences psychiatriques n'ont relevé dans leur rapport du 4 octobre 2017 aucun signe de gravité particulier et ont confirmé le caractère réactionnel de cette épisode. La Dresse N._____ prend quant à elle position sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire dans son avis médical du 26 avril 2018. Elle retient pour l'essentiel que l'état de santé de la recourante est compatible avec une activité adaptée telle qu'indiquée par le SMR en février 2017, dès lors que celle-ci fonctionne dans son quotidien et dispose d'une manière globale des ressources suffisantes au niveau personnel et de son entourage pour surmonter son affection. La doctoresse relève que s'agissant de l'analyse des indicateurs, pour ce qui est des limitations uniformes des activités dans tous les domaines comparables de la vie, l'expertise n'a pas mentionné de limitations fonctionnelles dans l'exécution des actes de la vie quotidienne. De plus, la recourante avait fait part de son désir de reprendre une activité adaptée. Quant aux ressources, celle-ci a déclaré pouvoir compter sur le soutien de son entourage et l'expert psychiatre a également noté dans son rapport que « la recourante possède un potentiel : elle demande à retourner au travail, selon ses compétences...».

E. 10.9

Le 20 janvier 2020, la recourante a encore transmis un rapport médical de la Dresse D._____ daté du 20 novembre 2019 dans lequel cette dernière fait part d'une aggravation de son état de santé depuis le mois de septembre 2019 et que sur le plan médical, une rente d'assurance-invalidité à hauteur de 70% lui semble justifiée (TAF doc 19 annexe).

E. 10.10

L'OAIE a encore recueilli notamment les documents suivants : le rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 février (recte : août) 2017 indiquant notamment que le total de l'exigibilité retenue s'élève à 13,7%, que l'empêchement pondéré sans exigibilité est de 18,20% et l'empêchement pondéré avec exigibilité se monte à 4,5% (OAIE docs 164 et 165), le courriel du responsable du service de gestion des ressources humaines du Groupement Hospitalier C. _____ du 10 mai 2017 exposant que le salaire mensuel perçu par la recourante lorsqu'elle a quitté la crèche B. _____ s'élevait à 6'077 francs brut pour un équivalent plein temps, ce salaire étant versé 13 fois par an et que selon le barème en vigueur à cette époque, celle-ci aurait probablement vu son traitement mensuel augmenter jusqu'à hauteur de 6'433 francs brut en 2016 (OAIE doc 158), la détermination du degré d'invalidité du 10 avril 2017 de l'office cantonal L. _____ duquel il ressort que le degré d'invalidité s'élèverait à 58% (OAIE doc 160),

E. 10.11

En l'espèce, les pièces établies après la décision litigieuse du 25 septembre 2017, soit le courrier du 20 décembre 2017 de la Dresse D. _____ et le rapport médical du 20 novembre 2019 de la Dresse D. _____, seront prises en considération dès lors qu'elles sont étroitement liées à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. consid. 2.2). Quant au rapport d'intervention psychiatrique d'urgence du 4 octobre 2017, celui-ci fait état d'un geste d'auto-agression de la recourante, à savoir la consommation d'un flacon de Rivotril, précisant que ce geste n'a pas de visée suicidaire et qu'il s'agit d'une réaction suite à la décision d'octroi de quart de rente. Le tribunal rappelle que son pouvoir d'examen est limité aux faits survenus jusqu'au moment où la décision querellée a été rendue, de sorte qu'il ne prend pas position sur celui-ci, remarquant que la recourante ne prétend pas que ce rapport apporte des éléments nouveaux étroitement liés à l'objet du présent litige. Une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante survenue après la décision du 25 septembre 2017 peut faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations (cf. consid. 2.2).

E. 11

La recourante prétend tout d'abord que la décision litigieuse aurait été notifiée de manière irrégulière entraînant ainsi une violation de son droit d'être entendue. Elle avance que le taux de rente d'invalidité indiqué dans le projet de décision du 28 août 2017 diffère de celui octroyé dans la décision entreprise et que l'office cantonal L. _____ aurait dû lui notifier une nouvelle fois le projet de décision afin qu'elle puisse se déterminer. S'agissant d'un grief de nature formelle, il convient de le traiter en premier lieu, dès lors que sa violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.2, 135 I 279 consid. 2.6.1 ; arrêt du TF 5A_1026/2015 du 8 mars 2016 consid. 3 ; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3e éd., 2013, ch. 1358 ; DUBEY/ZUFFEREY, Droit administratif général, 2014, ch. 1982 ss). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3).

E. 11.1

Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse (Cst., RS 101), comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (Benoît Bovay, op. cit., p. 249 ss et références citées ; Patrick Sutter, in : *Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG]*, 2008, ch. marg. 1 ss ad art. 29 ; parmi de nombreux arrêts, arrêt du TF 8C_611/2013 du 21 novembre 2013 consid. 2.2 et ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). En procédure administrative fédérale, le droit d'être entendu est consacré par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée) ainsi qu'en matière d'assurance sociale aux art. 42 LPGA (droit d'être entendu) et art. 52 al. 2 LPGA (motivation des décisions sur opposition).

E. 11.2

Cette garantie constitutionnelle est concrétisée notamment à l'art. 57a LAI qui prévoit que l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations (al. 1 première phrase) ; l'assuré a le droit d'être entendu (al. 1 deuxième phrase). Les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (art. 73ter al. 1 et al. 2 première phrase RAI). Si l'audition a lieu oralement, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré (art. 73ter al. 2 dernière phrase RAI). Il n'est pas déterminant dans le cas concret que l'audition de la personne assurée ait une quelconque influence sur le contenu de la décision (arrêt du TF 8C_577/2008 du 7 novembre 2008 consid. 4.6 et les références citées).

E. 11.3

En dépit du caractère formel du droit d'être entendu, le Tribunal peut exceptionnellement renoncer au renvoi de la cause à l'administration lorsqu'il représenterait une vaine formalité et conduirait à des retards inutiles qui ne seraient pas conciliables avec l'intérêt de la partie concernée à un examen diligent de son cas (cf. ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2 ; ATAF 2010/35 consid. 4.3.1). En particulier, selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; arrêt du TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3).

E. 11.4

En l'espèce, il est admis que le taux de rente d'assurance-invalidité indiqué dans le projet de décision, à savoir une demi-rente, s'avère une erreur de plume et que seul le taux de rente mentionné dans la décision litigieuse, soit un quart de rente, est déterminant. Il sied de relever tout d'abord que, quand bien même il incombe à l'autorité d'assurance-invalidité de faire preuve de la diligence requise dans l'accomplissement de ses tâches, en particulier dans l'élaboration d'un projet de décision et/ou d'une décision, la question de savoir si le vice de procédure allégué constitue ou non une violation du droit d'être entendu peut néanmoins demeurer indéterminée dans la mesure où il a de toute façon été guéri en cours de procédure de recours. En effet, l'office cantonal L. _____ a indiqué dans son courrier du

20 octobre 2017, sa réponse du 14 décembre 2017 ainsi que sa duplique du 30 avril 2018 que la demi-rente indiquée dans le projet de décision est une erreur de plume et que seul un quart de rente est octroyé. La recourante a, quant à elle, eu loisir de se prononcer sur le taux de rente d'assurance-invalidité à plusieurs reprises dans ses différentes écritures devant le tribunal de céans, de sorte que la violation du droit d'être entendu alléguée a dans tous les cas été guérie. De plus, un renvoi de la cause devant l'autorité inférieure pour qu'elle prenne une décision que le tribunal peut parfaitement rendre seul peut s'avérer inutile dès lors que cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est pas dans l'intérêt ni de l'autorité inférieure, ni de l'assurée dont le droit d'être entendue aurait été violé (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 131 II 271 consid. 11.7.1 in fine et la réf. cit. ; ATAF 2010/53 consid. 10 ss).

E. 12

A l'appui de la décision litigieuse octroyant un quart de rente d'assurance-invalidité à la recourante, l'office cantonal L._____ s'est principalement fondé sur l'avis médical SMR du Dr K._____ du 20 février 2017. Ce dernier s'est écarté des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire concernant l'évaluation du trouble dissociatif et de son retentissement sur la capacité de travail résiduelle en retenant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. La recourante conteste quant à elle toute valeur probante dudit avis et avance qu'il conviendrait de retenir la capacité de travail résiduelle indiquée par l'expertise pluridisciplinaire laquelle bénéficie de la pleine valeur probante.

E. 13

Il s'agit donc d'analyser en premier lieu si l'expertise pluridisciplinaire du 11 novembre 2016 (OAIE doc 142) peut ou non se voir reconnaître la pleine valeur probante à la lumière des exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus (cf. consid. 7 et 8).

E. 13.1

Il y a lieu de constater tout d'abord que l'expertise pluridisciplinaire a été menée sur le plan de médecine interne, de la neurologie et de la psychiatrie par des médecins qui, chacun dans leur domaine, sont des spécialistes disposant de la formation et des connaissances nécessaires pour se prononcer valablement sur l'état de santé, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que les limitations fonctionnelles de la recourante. Les experts procèdent dans un premier temps à une appréciation du cas de la recourante spécifique à leur discipline (p. 16 ss, p. 25 ss et p. 33 ss), puis de manière globale, en confrontant les différents résultats obtenus dans le consensus du 14 octobre 2016 (p. 7 ss). Leur rapport tient compte des éléments au dossier à leur disposition (p. 3 à 6), contient une anamnèse complète (p. 18 à 19, p. 26 à 29 et p. 35 à 36), prend en considération les plaintes de la recourante (p. 17, p. 26 et p. 34 à 36) et se fonde sur des examens circonstanciés (p. 20 à 21, p. 29 à 30 et p.36 à 37).

E. 13.2

Dans la discipline de la médecine interne, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne, a établi de manière complète dans son rapport du 26 août 2016 une anamnèse familiale, personnelle, systématique, biographique et sociale ainsi que professionnelle (p. 26 à 29), puis a inscrit les traitements médicamenteux de la recourante (p. 27 et 29). L'expert a ensuite dûment noté les plaintes exprimées par celle-ci (p. 26) et a mené un examen clinique (p. 29 à 30). Il a également relevé comment se déroule une journée ordinaire de la recourante et ses loisirs ainsi que l'évolution de sa maladie (p. 26 à 27). Sur

la base de ses constats, il a retenu comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail le status après angines à streptocoques, le status après mononucléose infectieuse et la jaunisse dans l'adolescence (p. 31). Il a précisé que sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée est complète et qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle. Force est donc de constater que le rapport du Dr W._____ s'avère motivé et convaincant et satisfait aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante ; la recourante n'apporte d'ailleurs aucun élément permettant de le remettre en cause.

E. 13.3.1

Au niveau neurologique, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a tout d'abord exposé dans son rapport du 26 août 2015 le problème de santé de la recourante, à savoir des crises étiquetées d'abord comme épileptiques depuis 2008 puis diagnostiquées en tant que crises convulsives non épileptiques sur syndrome de conversion suite à une hospitalisation (p. 33 à 34). Il a ensuite dûment complété l'anamnèse de la recourante (p. 35 à 36) puis noté en détail les plaintes dont celle-ci faisait part (p. 34 et 36). Le neurologue a rapporté la description d'une journée ordinaire ainsi que des loisirs de la recourante, l'évolution de sa maladie ainsi que le traitement et la médication actuelle (p. 34 à 35). Il a également procédé à un examen clinique circonstancié au niveau des nerfs crâniens, de la nuque, des membres supérieurs et inférieurs, du tronc et de la station debout ainsi que de la démarche (p. 36 à 37). Il a enfin consigné la description des crises par la recourante (p. 37).

E. 13.3.2

Sur la base de ces constats, le médecin a retenu en tant que diagnostics avec incidence sur la capacité de travail les pseudo-crisés et les crises d'angoisse. Il fait également part que la capacité de travail est totalement conservée pour autant que les crises soient médicalement contrôlées, ce qui ne semble pas être le cas actuellement, et qu'on ne peut envisager une capacité de travail pour l'instant. Il indique ensuite que pour le moment, l'élément neurologique, si on reconnaît la présence de crises non contrôlées, exclut la possibilité de certaines activités professionnelles, en particulier celle de s'occuper des petits enfants et de conduire. Il ajoute que l'incapacité de travail est totale dans une activité professionnelle avec charge d'enfant et que la capacité de travail dans une activité adaptée s'élève à 100% telle qu'une activité administrative. Cependant, il avance qu'il serait judicieux de tout entreprendre, que ce soit d'un point de vue diagnostique et thérapeutique, toutes mesures permettant de contrôler les crises, quelle qu'en soit l'origine. Le spécialiste préconise également la limitation de la stimulation par la lumière, notamment les écrans (p. 38 à 39).

E. 13.4.1

Concernant le volet psychiatrique, le rapport établi le 18 août 2016 par le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, commence par une description de la situation médicale de la recourante (OAIE doc 142 p. 16 et 17). Il complète ensuite l'anamnèse familiale, personnelle, systémique, biographique et sociale ainsi que professionnelle (p. 18 à 19). Puis, il a rapporté les plaintes de la recourante, en particulier les troubles cognitifs, la mémoire, la concentration, la fatigue et la fatigabilité, le stress du travail en raison de l'attente de la survenance d'une crise ainsi que l'anticipation anxieuse (p. 17). Le médecin a consigné la description d'une journée ordinaire et les loisirs dont lui a fait part la recourante (p. 17 et 18) et a également indiqué l'évolution de la maladie ainsi que le traitement et la médication actuelle (p. 18). Il a également relevé que la consommation addictive de la

recourante se limite aux cinq à dix cigarettes par jour et à de l'alcool de manière occasionnelle. A cela s'ajoute que la recourante n'a plus consommé de cocaïne depuis plus de six ans (p. 18).

E. 13.4.2

L'expert fait ensuite part de ses observations, fondées sur son entretien avec la recourante, dans le cadre du status psychiatrique (p. 20 à 21). Il relève notamment l'adéquation de la présentation de la recourante et la bonne orientation dans le temps, le lieu et l'espace. De plus, le contact visuel est maintenu et le discours est adapté et cohérent. Il indique que l'humeur de la recourante est légèrement dépressive et consiste en une dépréciation, une dévalorisation, un sentiment d'inutilité, une passivité ainsi qu'une lassitude. A cela s'ajoute que l'ancienneté de la situation et de l'évolution des crises convulsives ont également un retentissement sur l'humeur. Le médecin remarque aussi une anticipation anxieuse de la crise et des conduites d'évitement dans certaines situations, des stratagèmes et des attitudes préventives ainsi qu'une organisation de personnalité sur un mode névrotique. Au niveau des cognitions, il dénote une fatigabilité, des troubles de concentration et une amnésie sélective des faits récents sans trouble de la mémorisation immédiate. Le spécialiste n'observe pas non plus de troubles sur le plan des émotions et des perceptions. Par ailleurs, la recourante ne fait pas montre d'agressivité ni ne souffre d'insomnie. En outre, l'expert rapporte un appétit normal et une absence d'inversion du rythme circadien. Concernant les crises convulsives, il est mentionné que celles-ci ont commencé à l'âge de 24 ans, soit avant la période de toxicomanie, sous forme de perte de connaissance et qu'en 2006, une première crise a été définie comme tonico-clonique. Les crises surviennent pendant les périodes de manque au temps de la toxicomanie et le bilan effectué auprès du service des neurosciences des HÔPITAUX G. _____ du 12 au 19 mai 2015 écarte l'origine épileptique des crises et rattache celles-ci plutôt à des crises de conversion. Le Dr Y. _____ note encore la consommation régulière de la cocaïne de la recourante à l'âge de 25 ans durant deux ans et demi jusqu'à la cure de sevrage qui lui a permis de cesser ladite consommation depuis six ans.

E. 13.4.3

Sur la base de ces constats, l'expert pose les diagnostics (CIM-10) avec incidence sur la capacité de travail suivants : « le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) avec troubles cognitifs de la mémoire et de la concentration et le syndrome de conversion, crises de convulsions dissociatives (F 44.5) ». Le diagnostic de trouble anxieux, anxiété épisodique paroxystique (F 41.0) est considéré comme sans incidence sur la capacité de travail (p. 21). Il explique qu'on peut faire le rapprochement et réfléchir au déclenchement des crises à l'âge de 24 ans, de nature névrotique, avec le vécu douloureux de l'acte d'agression sexuelle subi entre l'âge de 8 et 12 ans, dans la mesure où le conflit psychique, tu pendant des années, ressurgit à cette occasion ; les souvenirs forts submergent la recourante et le conflit devient insoluble, irrésorbable. Elle le transfère alors de son psychisme vers son corps, le soma, induisant le trouble psychosomatique, à savoir la convulsion. Le psychiatre relate également que, dans le récit de la crise, la recourante rapporte qu'elle craignait la mort, comme quand elle était abusée par son frère. Dans ce cas, l'épisode dépressif, connu à l'âge de 25 ans, réactionnel à une situation conflictuelle, pourrait trouver cours et la recourante s'adonnait à la cocaïne pour lutter contre la dépression. Actuellement, celle-ci a 34 ans, mère de famille et éducatrice sociale, présente des crises convulsives prises comme épileptiques depuis l'âge de 24 ans et traitées comme

telles. C'est seulement lors d'un séjour dans le service des neurosciences des HÔPITAUX G._____ en 2014 que le bilan se penche en faveur d'une origine psychiatrique des crises, dans le sens d'un syndrome de conversion. De plus, sa personnalité névrotique s'y prête. En parallèle, la recourante décompense en réaction sur un mode anxieux et dépressif, dont l'évolution suit celle de la survenance des crises convulsives, du maintien de l'activité et du reclassement professionnel (p. 21 à 22)

E. 13.4.4

Enfin, le spécialiste relève que le taux de capacité de travail est nul dans un poste habituel en tant qu'éducatrice de la petite enfance ou intervenante auprès de personnes en situation de handicap, en raison de limitation psychique, des troubles cognitifs persistants de la mémoire et de la concentration et des crises de convulsions dissociatives avec chutes inopinées (p. 22). Il retient que quant à la capacité de travail résiduel dans un poste adapté, le taux est « de 20 à 50%, progression par palier de 10%, sur un poste de travail sans usage excessif de l'écran de l'ordinateur, sans déplacement fréquents et sans utilisation de la voiture ». De plus, il est expressément recommandé à la recourante de reprendre la psychothérapie tout comme un traitement antidépresseur dans le cadre d'un suivi régulier (p. 22).

E. 13.5

C'est ensuite dans le cadre de l'appréciation globale du cas sous l'angle psychiatrique qu'intervient l'analyse selon la grille d'évaluation développée par l'ATF 141 V 281 (OAIE doc 142 p. 9 ss).

E. 13.5.1

Ainsi, il est indiqué pour le complexe « atteinte à la santé » (p. 9 et 12 à 13) que celle-ci prend la forme de limitations telles que l'humeur dépressive, les troubles cognitifs, l'anxiété et les convulsions ainsi que les chutes qui entraînent une diminution des capacités fonctionnelles dans la vie au quotidien et sur le lieu de travail. De plus, aucune exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires n'a été observée. Il est également mentionné que la thérapie suivie jusqu'à présent est conduite dans les règles de l'art et que la recourante a une faible adhésion aux soins psychiatriques avec l'arrêt de la psychothérapie depuis décembre 2015. Il est également proposé de suivre une éducation thérapeutique, dès lors que la reprise de la psychothérapie combinée avec le traitement psychotrope peut renforcer l'état psychique afin de relever et d'améliorer la capacité de travail sur un poste adapté. En outre, il est possible que les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent du tableau clinique de la recourante, si l'état psychique ne s'améliore pas davantage. Par ailleurs, il est indiqué que si la recourante reprend la psychothérapie, les mesures de réadaptation sont exigibles à partir de 20%, avec rendement proportionnel.

E. 13.5.2

Quant au complexe « personnalité » (p. 10), il est rapporté que la recourante est une jeune femme volontaire, motivée et ambitieuse avec un fort caractère ainsi qu'un projet professionnel. Celle-ci manifeste aussi du désir et de l'engouement ; elle a pris conscience de ses troubles incapacitants.

E. 13.5.3

S'agissant du complexe « contexte social » (p.10 à 11), le rapport se réfère tout d'abord à la description d'une journée ordinaire ainsi que des loisirs figurant dans les différentes

expertises (p. 17, 26 à 27 et 34). Il appert en particulier que la recourante s'occupe à son rythme et à sa manière de la tenue du ménage et de l'entretien de la maison et qu'elle n'a pas de difficultés d'ordre social, notamment le chômage ou autres situations de vie précaire. De plus, elle bénéficie d'un soutien familial de la part de sa mère et de son mari ainsi que de ses amis. Il est aussi mentionné qu'elle fait preuve de volonté, de motivation et de l'aptitude à la communication. Cependant, elle a une faible adhésion aux soins psychiatriques.

E. 13.5.4

Sur le plan de la cohérence (p.13 à 14), il n'est remarqué aucune divergence apparente que ce soit entre les symptômes décrits et le comportement de la recourante en situation d'examen, entre les observations faites par les experts des différentes spécialités médicales ou encore entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes. Par ailleurs, il existe les mêmes limitations tant au travail qu'au domicile ou lors des loisirs, à savoir l'humeur dépressive, les troubles cognitifs, l'anxiété et les convulsions ainsi que les chutes. Quant à la comparaison au niveau d'activité constatée avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé, il est relevé une baisse considérable de l'activité et une anxiété au départ de celle-ci.

E. 13.5.5

Sur la base de ce qui précède, les experts du J._____ ont retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) et de syndrome de conversion, convulsions dissociatives (F 44.5). Le trouble anxieux, anxiété épisodique paroxystique (F 41.0), le status après angine à streptocoques et le status après mononucléose infectieuse sont considérés comme des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail (OAIE doc 142 p. 7).

E. 13.5.6

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, les experts ont conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle en raison de limitations psychiques, de l'humeur dépressive, des troubles cognitifs de la mémoire et de la concentration, de l'anxiété anticipatoire ainsi que des convulsions dissociatives. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts l'arrêtent « de 20 à 50%, par pallier de 10%, avec rendement proportionnel, à partir de 20% et [que] les limitations [sont] : l'exposition longue à l'écran d'ordinateur, les déplacements fréquents et l'utilisation de la voiture » (p. 8).

E. 13.6

Le tribunal relève tout d'abord que l'appréciation de la capacité de travail contredit en partie les diagnostics retenus selon lesquels le trouble anxieux, anxiété épisodique paroxystique (F 41.0) est considéré comme sans incidence sur la capacité de travail. Cela étant, il paraît peu cohérent de considérer, d'une part, que le diagnostic de trouble anxieux, anxiété épisodique paroxystique (F 41.0) est sans incidence sur la capacité de travail, et de constater, d'autre part, un stress au travail enduré par l'assurée en raison de l'attente de la survenance d'une crise ainsi que de l'anticipation anxieuse. De même, les experts n'exposent pas de manière convaincante si et de quelle manière les crises influent sur la capacité de travail de la recourante. En effet, un contexte psychiatrique y est clairement rattaché (cf. supra 13.4.2) ; de même, selon le neurologue, la capacité de travail est totalement conservée si les crises sont médicalement contrôlées, constatant toutefois que ce n'est le cas actuellement. La détermination de la capacité de travail paraît ainsi reposée sur un diagnostic contradictoire. Enfin, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée force est de constater que l'appréciation s'avère imprécise et peu claire. En effet, les experts se

limitent à indiquer selon une formulation pour le moins vague que ladite capacité est « de 20 à 50%, par pallier de 10%, avec rendement proportionnel, à partir de 20% et [que] les limitations [sont] : l'exposition longue à l'écran d'ordinateur, les déplacements fréquents et l'utilisation de la voiture » (p. 8). Il y a ainsi lieu d'admettre que tant les diagnostics que le taux de capacité résiduelle indiqués par les experts ne permettent pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'intensité des atteintes dont souffre la recourante ainsi que leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'expertise pluridisciplinaire du 11 novembre 2016 ne satisfait ainsi pas aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'un rapport médical.

E. 14

Il convient ensuite d'examiner si l'avis du SMR peut se voir reconnaître la pleine valeur probante (cf. consid. 7 et 8). Appelé à s'exprimer sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire, le Dr K._____, médecin du SMR, dans son avis du 20 février 2017 (OAIE doc 148), a considéré que l'évaluation de l'expertise précitée était critiquable et que les conclusions retenues par l'avis SMR du 11 février 2014 établi par la Dresse Q.____ (OAIE doc 47) doivent être confirmées.

E. 14.1

S'agissant du rapport du 11 février 2014 établi par la Dresse Q._____ que vient confirmer le Dr K._____, il ne saurait convaincre le tribunal. En effet, la Dresse Q._____ - dont l'éventuelle spécialisation n'est pas précisée - se base pour l'essentiel sur le rapport médical de la Dresse D._____ du 9 décembre 2013 pour retenir le diagnostic d'épilepsie mal contrôlée alors que ledit diagnostic a été modifié à la suite de l'hospitalisation de la recourante aux HÔPITAUX G._____. De plus, la Dresse D._____ a indiqué de façon claire dans son rapport du 27 juin 2014 qu'il ne s'agit pas de crises épileptiques mais de pseudo-crisés d'origine psychiatrique. Quant aux limitations fonctionnelles exposées dans le rapport SMR du 11 février 2014 que le Dr K._____ a repris dans son avis du 20 février 2017, il s'agit de celles contenues dans le rapport SMR du 4 novembre 2013 du Dr P._____ (OAIE doc 34). Il convient de noter que ce médecin - dont la spécialisation n'est pas non plus mentionnée - a retenu lesdites limitations exclusivement sur la base des documents médicaux ; il ne se fonde pas sur un examen de la recourante. A cela s'ajoute que ces limitations ont été retenues à une époque où le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail est encore celui d'épilepsie.

E. 14.2

Or, outre que le fait qu'il s'est référé à ces avis médicaux peu convaincants, le Dr K._____ s'est fondé pour écarter les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire relatives au syndrome de conversion sur son avis du 20 février 2017, alors que ce dernier s'avère aussi particulièrement succinct et peu motivé au regard du rapport d'expertise. En effet, ledit avis ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles le médecin du SMR aurait personnellement procédé, mais uniquement sur une appréciation fondée sur le dossier. Par ailleurs, pour justifier sa position, le Dr K._____ - dont aucun élément au dossier ne permet de déterminer s'il est au bénéfice d'une spécialisation dans le domaine de la psychiatrie - se contente de relever qu'il existe un décalage entre ce que peut faire la recourante dans sa vie quotidienne en comparaison à une activité professionnelle et la volonté de celle-ci à retourner travailler ainsi qu'une potentielle amélioration de l'état de santé grâce au suivi de la psychothérapie. A cela s'ajoute que ledit médecin a écarté le

diagnostic de dépression récurrente, épisode actuel léger (F 33.0), retenu par les experts comme ayant une répercussion sur la capacité de travail sans aucune explication quant aux raisons pour lesquelles ledit diagnostic n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Il est le lieu de rappeler que le rapport du service médical de l'autorité inférieure doit contenir les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Le rôle du service médical est ainsi de résumer et de porter une appréciation sur les conclusions déjà existantes et la situation médicale de la personne concernée, ce qui implique aussi de dire sur quelle pièce médicale il y a lieu de se fonder ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, le rapport du service médical de l'autorité inférieure ne constituant pas un examen médical sur la personne concernée. Ce rapport ne doit pas ainsi poser de nouvelles conclusions médicales (cf. arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 15

S'agissant des rapports de la Dresse D. _____ du 18 mai 2016 (OAIE doc 127), du 20 décembre 2017 (TAF doc 13 annexe 19) ainsi que du 20 novembre 2019 (TAF doc 19 annexe) dont se prévaut la recourante, il y a lieu de rappeler tout d'abord que de tels rapports doivent être appréciés avec une certaine réserve, compte tenu de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié, qui unit le médecin traitant à son patient (cf. consid. 7.2.2).

E. 15.1.1

Concernant le rapport du 18 mai 2016, il appert que celui-ci émane d'une spécialiste en neurologie et non en psychiatrie et qu'il expose de manière très succincte une recrudescence des crises épileptiques et/ou pseudo-épileptiques ainsi que des crises d'angoisse depuis novembre 2015 ; aucune plainte de la patiente n'a été recueillie. Les limitations fonctionnelles sont quant à elles peu précises et très sommaires, consistant en un état d'épuisement après les crises. La Dresse D. _____ conclut toutefois à une incapacité de travail totale dans la dernière activité et une capacité de travail à hauteur de 20% dans une activité adaptée. Par conséquent, ce rapport sommaire, incomplet et imprécis ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, en particulier eu égard aux troubles psychosomatiques (cf. consid. 8) et ne peut constituer une base valable pour une évaluation vraisemblable de la capacité de travail.

E. 15.1.2

Quant aux rapports de la Dresse D. _____ du 20 décembre 2017 et du 20 novembre 2019 dans lesquels la médecin requiert respectivement une rente complète et une rente à hauteur de 70% pour sa patiente, il sied de rappeler en premier lieu que la jurisprudence a clairement défini la tâche des médecins, laquelle consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). En effet, la notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse, l'invalidité est de nature juridico-économique et non médicale et dans ce contexte, il n'appartient pas au médecin de préconiser le taux de rente d'invalidité à octroyer ; cette tâche étant du ressort de l'office d'assurance-invalidité (cf. consid. 7.1 et art. 57 al. 1 LAI). Il y a ensuite lieu de constater que les rapports

susmentionnés ne remplissent aucunement les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante en cas de trouble psychosomatique (cf. consid. 7 et 8). En effet, le rapport du 20 décembre 2017 se limite à indiquer l'anamnèse de la recourante et ne contient aucune plainte de celle-ci ni de constatation clinique. Il ne fait pas non plus état d'indicateurs posés par la jurisprudence en matière de troubles psychosomatiques. De plus, il n'expose aucune limitation fonctionnelle éventuelle ni la capacité de travail de la recourante. S'agissant du rapport médical du 20 novembre 2019, celui-ci se borne à mentionner sommairement l'aggravation de l'état de santé de la recourante au niveau neurologique avec une augmentation des crises d'épilepsie, il n'explique en revanche nullement les conséquences de ces atteintes à la santé sur la capacité de travail. De plus, ledit rapport s'avère contradictoire en ce sens que dans son rapport du 27 juin 2014 la Dresse D. _____ indique elle-même que les crises d'épilepsie sont en réalité des pseudo-crisis d'origine psychiatrique.

E. 15.2

Pour finir, le tribunal relève que les autres documents médicaux produits au dossier se bornent à indiquer une anamnèse et/ou un diagnostic ; ils ne contiennent ni une discussion médicale suffisante ni une prise de position claire et motivée sur les limitations fonctionnelles ainsi que les conséquences de celles-ci sur la capacité de travail de la recourante (OAIE docs 17,27,30,43,60,65,76,83,120,121 et 122). On ne saurait donc leur reconnaître une quelconque valeur probante (cf. consid. 7).

E. 16

Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, le tribunal constate qu'aucun document au dossier ne permet de déduire au degré de la vraisemblance prépondérante les répercussions des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail médico-théorique afin d'évaluer son invalidité. Dans cette situation, le tribunal ne peut pas se prononcer sur le taux d'invalidité de l'assurée et sur son droit à une rente. Le recours doit ainsi être accueilli pour ce motif.

E. 17.1

Il convient néanmoins d'examiner si la méthode de comparaison appliquée par l'autorité inférieure est correcte. En effet, la recourante conteste l'application de la méthode mixte de comparaison des revenus au profit de la méthode générale, faisant valoir qu'elle aurait exercé son activité professionnelle à hauteur de 100% si son employeur et son état de santé l'avaient permis.

E. 17.1.1

Le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (cf. ATF 110 V 273 consid. 4). L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du ou de la bénéficiaire potentielle de la rente : personne exerçant une activité lucrative à temps complet, personne non active, personne exerçant une activité lucrative à temps partiel. L'invalidité d'une personne assurée exerçant une activité lucrative est déterminée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus compte tenu d'un marché du travail équilibré (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). L'invalidité d'une personne qui n'exerce pas d'activité lucrative est évaluée selon la méthode

spécifique impliquant une comparaison des activités habituelles afin d'établir dans quelle mesure la personne est empêchée de les accomplir (cf. art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA) ; par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité résulte de règle générale d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI), sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; cf. ch. 3087 du Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance, CIIAI). Quant à l'invalidité de la personne qui à la fois exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels, elle est en règle générale évaluée sur la base de la méthode mixte (cf. art. 28a al. 3 LAI et art. 27bis RAI), tenant compte de la méthode ordinaire d'une part, et de la méthode spécifique d'autre part. Par contre, lorsque la personne a diminué son taux d'activité sans accomplir de travaux habituels pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel), ou si le marché du travail ne lui permettait pas d'avoir une activité à plein temps, la jurisprudence a précisé que son taux d'invalidité serait calculé en fonction de l'étendue du taux d'activité lucrative selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. ATF 142 V 290 consid. 7; 135 V 58 consid. 3.4.1; 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2).

E. 17.1.2

Pour déterminer le statut d'une personne et la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de sa part (cf. notamment : arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). A cette fin, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles, soit de la situation familiale, sociale, financière et professionnelle (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2) ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de la personne assurée qui comme fait interne ne peut toutefois être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (cf. arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2; 9C_883/2017 du 28 février 2018 consid. 4.1.2; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3). L'évaluation doit se fonder sur des éléments établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (cf. ATF 141 V 15 consid. 3.1; 137 V 334 consid. 3.2 et références; arrêt du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2; 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3). Enfin, selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2). S'agissant en particulier des personnes travaillant à temps partiel, le Tribunal fédéral a remarqué que sans indications allant dans le sens que le temps libre résultant de la réduction du taux d'occupation est consacré à des hobbies ou à des activités d'accomplissement personnel, le temps à disposition précité est réputé consacré à des activités de tenue du ménage (exemples : ATF 141 V 15 consid. 4.6 et 4.7; arrêts du TF 9C_866/2013 du 15 avril 2014 consid. 4.3; 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 3.2.1 et 3.2.2 s'agissant de la tenue d'un ménage de deux personnes et I 609/05 du 2 février 2008 consid. 4.3.2 s'agissant d'une personne vivant seule, malgré la charge de travail relativement moindre; voir aussi Michel

Valterio , op. cit., art. 28a LAI n° 125; Emilie Conti Morel, Invalidité et travail à temps partiel, méthode applicable pour le calcul du taux d'invalidité, in : REAS 2016 p. 334 ss, 337 i.f.).

E. 17.1.3

En l'espèce, il sied de constater que, contrairement à ce qu'avance la recourante, aucun élément au dossier ne permet de retenir que celle-ci aurait augmenté son taux d'activité professionnelle à 100% sans survenance de l'incapacité de travail et si son employeur l'avait permis. En effet, il ne ressort ni de sa demande de rente d'assurance-invalidité du 11 avril 2013 (OAIE doc 8) ni de son certificat de travail intermédiaire du 7 mars 2013 (OAIE doc 16 p. 2) dont elle se prévaut qu'elle aurait émis le souhait d'augmenter son temps de travail. L'invalidité de la recourante doit ainsi être évaluée in casu sur la base de la méthode mixte fondée sur une activité à 80% comme éducatrice de petite enfance et à 20% dans les tâches ménagères, notamment l'éducation de sa fille, dès lors que selon toute vraisemblance prépondérante la recourante aurait continué de travailler à temps partiel sans la survenance de l'invalidité. Il suit de là que l'on ne saurait reprocher à l'autorité inférieure l'application de la méthode mixte ; la recourante n'apporte aucun élément permettant de le remettre en cause.

E. 17.2

La recourante prétend encore que le rapport de l'enquête économique sur le ménage du 3 août 2017 (OAIE doc 164) n'aurait aucune valeur probante, soutenant que celui-ci ne reflète pas sa réalité quotidienne en ce sens que sa perte économique dans les travaux habituels correspond bien à la réalité de certains jours, cependant, celle-ci se situe bien en-dessous la plupart du temps.

E. 17.2.1

La détermination du taux d'invalidité résulte généralement d'une enquête ménagère menée sur place par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (cf. arrêts du TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1).

E. 17.2.2

Lorsque la personne assurée souffre d'un trouble psychique il est admis par la jurisprudence que la personne chargée de l'enquête à domicile a souvent de la difficulté à reconnaître et à apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et des empêchements qui en résultent. Pour cette raison, en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, il faut, en règle générale, accorder plus de poids aux constatations d'ordre médical. Pour cela, il faut bien sûr que le rapport médical en cause ait valeur probante au sens de la jurisprudence, à savoir notamment que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets et que les conclusions soient dûment motivées (cf. arrêts du TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1, 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 et

6 ; sur la valeur probante d'un avis médical voir notamment ATF 125 V 351 consid. 3a et références).

E. 17.2.3

En l'occurrence, l'enquête ménagère est basée notamment sur des pièces médicales figurant au dossier, en particulier l'avis médical du SMR. Or, il ressort de ce qui précède (supra consid. 14) que la documentation médicale recueillie dans le cadre de la présente procédure ne permet pas de se prononcer de manière fiable et précise sur l'état de santé de la recourante ainsi que sa capacité de travail résiduelle. De plus, ni les médecins traitants ni les médecins du SMR ou encore les différents experts ne se sont prononcés sur l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères. Partant, eu égard aux exigences jurisprudentielles précitées, le rapport établi ne saurait être considéré comme probant et ne permet pas de se prononcer de manière convaincante sur l'invalidité de la recourante dans l'activité ménagère.

E. 18.1

Il ressort de l'ensemble ce qui précède que la décision attaquée repose sur une instruction insuffisante qui ne permet pas au tribunal de céans de se prononcer sur l'état de santé et ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante, en particulier dans une activité adaptée et dans les travaux ménagers au moment de la décision attaquée. Le taux d'activité de la recourante n'ayant pas été établi de manière satisfaisante, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des tâches ménagères ne peuvent être confirmées dans le cadre de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Il sied donc d'admettre le recours, d'annuler la décision contestée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète l'instruction du dossier et rende une nouvelle décision.

E. 18.2

Le renvoi est indiqué en l'espèce conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1, 3.2 et 3.3). En effet, le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction 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'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, le renvoi de l'affaire s'avère nécessaire dès lors que la situation médicale et les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure.

E. 18.3

Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires à l'établissement de la capacité de travail et des travaux ménagers ainsi que la capacité de gain de la recourante. Pour ce faire, elle mettra en oeuvre un complément d'expertise ou en ordonnera une nouvelle au moins dans la discipline de la médecine psychiatrique, et d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3). Il s'agira notamment pour les experts (i) d'établir l'état de santé de la recourante, (ii) de

dresser ses limitations fonctionnelles, (iii) d'évaluer de façon précise sa capacité de travail dans des activités adaptées, puis (iv) de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail depuis le début théorique du droit à la rente. Dès lors qu'il ne ressort pas du dossier que la recourante ne serait pas apte à voyager pour des raisons médicales, cette expertise devra être réalisée en Suisse. Une fois la documentation médicale recueillie, une nouvelle enquête ménagère devra être mise en place en tenant compte de la nouvelle situation familiale de la recourante.

E. 19.1

Vu l'issue de la procédure, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (cf. ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de 800 francs versés par la recourante (TAF doc 26) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Par ailleurs, aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 19.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF (RS 173.320.2), le Tribunal peut 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. Le TAF fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le représentant de la recourante a dû y consacrer. Ainsi, en l'espèce, il convient d'allouer à la recourante, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs.

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