

BVGer C-845/2019 vom 6. Februar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-845_2019_d20190206

FR: TAF C-845/2019 du 6 février 2019

IT: TAF C-845/2019 del 6 febbraio 2019

Regeste

Droit ` la rente | Assurance-invalidité (décision du 06 février 2019)

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte en l'espèce sur l'octroi à l'assurée d'une rente entière d'invalidité limitée du 1er juillet au 31 décembre 2015, puis d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2018, complétées par des rentes pour enfant s'y rapportant.

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 3.2

En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140

V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2)

E. 3.3

Etant donné que la recourante, domiciliée en France voisine, a exercé une activité lucrative dans la ville de [...] jusqu'à son arrêt de travail le 3 juillet 2014 (voir supra let. A), c'est à juste titre que l'OAI du canton de Bâle-Ville a enregistré puis instruit sa demande, et que l'OAIE a notifié les décisions entreprises.

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1).

E. 4.2

Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où les décisions litigieuses ont été rendues, soit en l'espèce, en principe jusqu'au 6 février 2019. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

E. 4.3

Dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, domiciliée en France, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 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 (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 TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.4

Sauf indication contraire, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les dispositions de la LPGA, de la LAI et des ordonnances y afférentes entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont pas applicables (« Développement continu de l'AI » ; RO 2021 705, RO 2021 706).

E. 5

En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (AI pce 6, p. 2), et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

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

E. 6.2

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

E. 6.3

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (voir supra consid. 4), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 6.4

Selon la jurisprudence, une décision qui accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction et/ou augmentation correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 ; arrêts du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié in : ATF 137 V 369 ; voir

également Margrit Moser Szeless, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 9 ad art. 17 ; ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, voir ATF 133 V 108 consid. 5). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d ; arrêt du TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir aussi Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n° 32), dont l'al. 1 prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

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 (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

E. 7.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 7.3

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF

9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 33).

E. 7.4

Les rapports SMR sur dossier (art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI), pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé et médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimales, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

E. 7.5

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un ou une spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 7.6

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin 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 ou sa patient-e (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 ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (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-e (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. 8

En cas d'affections psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles 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 (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 la présence d'un diagnostic émanant d'un ou d'une expert-e (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 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 (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. 9

Les pièces suivantes ont notamment été versées en cause : - un compte-rendu opératoire du 5 juillet 2014 indiquant que l'assurée a subi une arthrorise par broche de l'articulation cubitale effectuée par le Dr K. _____, chirurgien orthopédiste et traumatologue, pour sa fracture de la tête radiale droite comminutive type Masson IV (AI pce 7.42, p. 2), - un compte-rendu opératoire du 15 juillet 2014, qui mentionne la fracture-luxation du coude droit, ainsi qu'une ostéosynthèse de la tête radiale droite par vissage et une ostéosynthèse de l'apophyse coronoïde cubitale droite par laçage pratiquées par les Drs K. _____ et L. _____, ce dernier, également chirurgien orthopédiste et traumatologue (AI pce 7.34), - un compte-rendu opératoire du 8 août 2014 concernant l'ablation de la broche d'arthrorise effectuée par le Dr L. _____ (AI pce 4 p. 1), - deux rapports médicaux du 24 septembre, respectivement 1er octobre 2014, des Drs K. _____ et M. _____, ce dernier également chirurgien orthopédiste, qui posent le diagnostic final de fracture-luxation du coude droit et indiquent que les suites post-opératoires ont été simples (AI pce 14, p. 7 à 8), - un rapport du 27 octobre 2014 de la Dre N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation professionnelle auprès du Centre de réadaptation de [...], qui indique que l'atteinte au coude droit de la recourante a évolué favorablement durant son séjour (AI pce 14, p. 9), - les résultats d'une scintigraphie osseuse du 12 novembre 2014, qui concluent à une atteinte inflammatoire diffuse du membre supérieur droit compatible avec une algoneurodystrophie

(AI pce 32.51), - un rapport médical du 19 novembre 2014 du Dr K._____, qui pose comme diagnostic une fracture de la tête radiale et apophyse coronoïde avec luxation postérieure du coude droit ; le processus de guérison pourrait être entravé par une algoneurodystrophie ; la reprise d'un travail adapté doit être discuté avec l'employeur, étant précisé qu'une raideur au coude demeurera (AI pce 7.12), - un rapport médical du 25 novembre 2014 du Dr K._____ confirmant ses précédents diagnostics ; la recourante souffre en outre désormais d'une algoneurodystrophie ; son incapacité de travail est totale dans son activité habituelle depuis le 3 juillet 2014, date de sa chute (AI pce 52, p. 4 à 5), - un rapport médical d'hospitalisation du 19 décembre 2014 signé par la Dre N._____, indiquant que, durant le séjour de la recourante du 12 août au 19 décembre 2014 au Centre de réadaptation de [...], ses amplitudes au coude droit ont évolué favorablement ; une algoneurodystrophie du membre supérieur droit est constatée ; des douleurs et un manque de force au niveau du membre supérieur droit persistent ; enfin, une fragilité émotionnelle est identifiée chez la recourante, mise sous traitement antidépresseur (AI pce 11), - un rapport médical du 22 décembre 2014 du Dr O._____, anesthésiste, qui diagnostique une algodystrophie du coude gauche (recte : droit) avec toutefois une bonne conservation des amplitudes articulaires eu égard à la complexité de la fracture (AI pce 14, p. 15), - un rapport du 23 janvier 2015 du Dr P._____, médecin généraliste, qui estime que la recourante souffre encore d'algies à l'effort et de limitations des mouvements qui la rend inapte à exercer son activité habituelle ; elle ne peut pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, soulever ou porter des charges, et doit privilégier des activités exercées dans différentes positions ou principalement en marchant (AI pce 14, p. 2 à 6), - un certificat médical du 9 février 2015 du Dr O._____, qui constate que la recourante est en mesure d'effectuer des tâches élémentaires avec une fatigabilité au bout d'une heure ; il estime qu'on peut présager un retour à la normale d'ici quelques mois, voire quelques semaines (AI pce 32.52, p. 1), - un rapport médical du 11 février 2015 de la Dre N._____, qui estime qu'actuellement, malgré l'évolution lentement favorable des atteintes tant somatique que psychique de la recourante, elle reste incapable de reprendre son activité habituelle ; elle présenterait en effet un important manque de force et d'endurance au niveau du membre droit (AI pce 32.54), - un certificat médical du 12 février 2015 du Dr K._____, constatant que la recourante présente des douleurs après effort associées à des paresthésies non systématisées (AI pce 32.52, p. 2), - un avis médical du 17 février 2015 du Dr Q._____, chirurgien orthopédiste et traumatologue de la SUVA, qui estime que la capacité de travail actuelle de la recourante dans son activité habituelle est nulle (AI pce 32.55), - un avis du 15 juin 2015 du Dr R._____, chirurgien auprès de la SUVA, qui estime que la recourante est en mesure d'effectuer une activité légère sans vibrations ni chocs, sans mouvements répétitifs ou rotatifs du coude droit (AI pce 32.28), - un certificat médical du 18 juin 2015 de la Dre S._____, anesthésiste, qui estime que la recourante est apte à reprendre le travail si elle évite impérieusement les mouvements répétitifs sur une longue période (AI pce 27, p. 4), - un rapport médical du 30 juin 2015 de la Dre T._____, psychiatre, qui indique suivre la recourante depuis le 12 décembre 2015 (recte : 2014) pour un syndrome dépressif réactionnel ; actuellement il y aurait une petite amélioration de son état, mais l'humeur resterait vulnérable (AI pce 27, p. 2 à 3), - un rapport de sortie de la clinique D._____ du 24 septembre 2015 rédigé par le Dr U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, la Dre V._____, médecin assistante, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Mme lic. phil. X._____ (voir supra let. B.b ; AI pce 43.13), - un rapport de la Dre E._____ reçu le 7 mars 2016 par l'OAI et

diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ; la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle serait nulle, mais pourrait augmenter de 50% dans six mois environ (AI pce 49), - les résultats d'un arthroscanner du coude droit effectué le 29 novembre 2016 par le Dr Y. _____, radiologue, qui relève en particulier une irrégularité et un remaniement post-traumatique huméro-radial et huméro-ulnaire, une chondropathie huméro-radiale et huméro-ulnaire prédominant sur le versant olécranien et ulnaire, de stade II et III (AI pces 65.8 et 65.9), - un rapport médical du 31 janvier 2017 du Dr F. _____, qui affirme que la recourante ressent des douleurs post-traumatiques liées à une arthrose débutante du coude, qui ne seraient pas améliorées par une intervention chirurgicale (AI pce 65.11), - un rapport du Dr Y. _____ qui, le 13 mars 2017, effectue une infiltration pour les douleurs sur arthrose dont souffre la recourante à son coude droit (AI pce 65.6), - un avis du 22 mai 2017 du Dr Q. _____, médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, qui confirme la capacité résiduelle estimée par la clinique D. _____, mais réclame des informations supplémentaires pour déterminer l'atteinte à l'intégrité (AI pce 65.15), - une détermination de l'atteinte à la santé du 22 mai 2017 du Dr Q. _____, qui constate que la recourante a développé de l'arthrose au coude droit des suites de son accident (AI pce 65.3), - l'avis du SMR du 2 novembre 2017 (voir supra let. B.d, AI pce 67), - un rapport médical du 13 janvier 2018 de la Dre E. _____, qui indique suivre la recourante depuis décembre 2015 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ; son état ne lui permettrait pas la reprise d'une activité professionnelle (AI pce 71, p. 2), - un rapport manuscrit du 15 février 2018 du Dr G. _____, médecin généraliste, qui constate que les douleurs, localisées au niveau du coude et sur le trajet du nerf cubital, sont permanentes ; les sollicitations du membre supérieur droit et le port de charges pourraient intensifier ces douleurs ; le médecin constate également une perte d'amplitude dans les mouvements d'hyperextension et d'hyperflexion ; cette situation, due à une perte progressive du cartilage articulaire, ne pourrait que s'aggraver avec le temps, ce qui justifierait un reclassement de la recourante dans son entreprise (AI pce 73, p. 3 à 4), - un certificat médical du 9 juin 2018 de la Dre E. _____, qui constate une décompensation des troubles dépressifs sévères avec des idéations suicidaires ; un réajustement thérapeutique, comprenant une éventuelle hospitalisation, serait nécessaire (AI pce 84, p. 14), - une expertise du Dr H. _____ reçue le 26 juin 2018 par l'OAI (voir supra let. B.f, AI pce 84, p. 1 à 12), - l'avis du SMR du 27 août 2018 (voir supra let. B.g, AI pce 86), - trois actes médicaux de la Dre E. _____ : qui, le 28 décembre 2018, indique que la recourante bénéficiera d'un ajustement thérapeutique dès le 20 décembre 2018 et qu'une hospitalisation est prévue (AI pce 91, p. 2), qui, le 31 janvier 2018 [recte : 2019], affirme que le traitement de la recourante est une nouvelle fois ajusté et redit qu'une hospitalisation est prévue (AI pce 98, p. 2), qui, le 12 mars 2019, confirme une nouvelle fois la nécessité d'une hospitalisation (AI pce 100, p. 26). - des bulletins de situation de la Clinique psychiatrique I. _____ à [...] confirmant l'hospitalisation de la recourante du 4 avril au 6 juin 2019 (TAF pces 9, 14 et 16 annexe 1), - plusieurs documents médicaux du 5 avril 2019 de la Dre J. _____ : qui indique que l'examen du coude révèle une douleur en regard de l'insertion des épicondyliens, un léger flessum et une douleur à l'extension en fin de course ; la recourante présente également des paresthésies touchant le bord cubital des deux derniers doigts (TAF pce 16 annexe 5), qui effectue une infiltration du coude (TAF pce 16 annexe 6), qui constate, à l'aide d'un électromyogramme, des paresthésies touchant le bord cubital des deux derniers doigts et la fracture de l'extrémité du radius de 2014 (TAF pce 16 annexe 7), - une lettre de liaison du 5

juin 2019 du Dr Z._____, psychiatre auprès de la Clinique I._____, concluant à une dépression majeure (F32.2 ; TAF pce 16 annexe 4).

E. 10

En l'occurrence, les décisions litigieuses se fondent sur les prises de position du SMR des 2 novembre 2017 et 27 août 2018, confirmées par un avis du 18 janvier 2019 (AI pces 67, 86, 94). Se basant avant tout sur le rapport de sortie de la clinique D._____ du 24 septembre 2015 (AI pce 43.13), complété par le rapport d'expertise psychiatrique du Dr H._____ reçu le 26 juin 2018 par l'OAI (AI pce 84), le Dr a._____, médecin généraliste auprès du SMR, y a retenu les diagnostics principaux de fracture-luxation du coude droit avec fracture de la tête radiale de type Masson IV et fracture du processus coronoïde suite à l'accident du 3 juillet 2014, ainsi que celui d'épisode dépressif moyen (F32.1). Il a considéré que si la recourante présentait une incapacité totale de travail dans toute activité du 3 juillet 2014 au 24 septembre 2015, date de la sortie de la clinique D._____, il résultait du rapport de sortie de cette clinique, précisé par le rapport du Dr H._____, que la capacité de travail s'était ensuite améliorée dans une activité adaptée aux atteintes somatiques, capacité toutefois limitée à 50% en raison de la persistance de l'épisode dépressif moyen. Or, à la lecture des documents médicaux figurant au dossier, le Tribunal de céans, s'il estime également qu'il convient de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité, à partir du 3 juillet 2014, ne saurait néanmoins suivre le médecin du SMR lorsque celui-ci constate une amélioration de cette capacité à partir du 25 septembre 2015.

E. 11.1

Ainsi, au niveau somatique, le SMR reprend entièrement les conclusions des Drs U._____ et V._____ (rapport de sortie du 24 septembre 2015, AI pce 43.13). Il considère que, bien qu'ayant été victime d'une fracture-luxation du coude droit avec fracture de la tête radiale de type Masson IV et une fracture du processus coronoïde, la recourante, totalement incapable de travailler depuis son accident en juillet 2014, a retrouvé à partir du 25 septembre 2015, soit le lendemain de sa sortie de la clinique D._____, une capacité de travail de 100% dans une activité légère, sans vibrations ni chocs, sans mouvements répétitifs ou rotatifs du coude droit. Etabli en particulier par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, suite au séjour de l'intéressée à la clinique D._____ du 6 août au 24 septembre 2015, le rapport de sortie précité se fonde à l'évidence sur un examen de la patiente, dont il mentionne l'anamnèse et les plaintes (voir notamment p. 5 à 7) ; il tient compte par ailleurs du contexte médical (p. 5), contient une appréciation somatique, de même que psychosomatique (p. 3), des diagnostics précis et complets (p. 1), ainsi que des conclusions claires sur le plan somatique (p. 2). Remplissant pour l'essentiel les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, on ne saurait reprocher au SMR de l'avoir pris en compte, d'autant que la documentation médicale versée au dossier, antérieure à ce rapport, tend à confirmer les conclusions de ce dernier (voir AI pce 7.12 ; pce 52, p. 4 à 5 ; pce 14, p. 2 à 6 ; pce 32.52, p. 1 ; pce 32.54 ; pce 32.55 ; pce 32.28 ; pce 27, p. 4).

E. 11.2

Le Tribunal relève cependant que parmi les documents médicaux produits en cause, postérieurs au rapport de sortie de la clinique D._____, figure en particulier l'avis du 22 mai 2017 du Dr Q._____ (AI pce 65.15). Bien que le médecin d'arrondissement de la SUVA s'accorde avec les médecins de la clinique D._____ quant au début de la capacité

médico-théorique de l'intéressée, il pose néanmoins la question du status suite à la fracture-luxation, et estime qu'une radiographie est nécessaire pour déterminer l'atteinte à l'intégrité. Dans son évaluation ultérieure de cette atteinte (AI pce 65.3), le Dr Q._____ conclut que la recourante a développé une arthrose du coude suite à l'accident, ce qui est largement confirmé par les pièces au dossier, notamment par le Dr F._____ dans son rapport du 31 janvier 2017 basé sur un arthroscanner (AI pce 65.11 et 71, p. 3), par le Dr Y._____ qui, le 13 mars 2017, effectue une infiltration contre les douleurs sur arthrose dont souffre la recourante (AI pce 65.6), et par le Dr G._____ qui constate, dans son rapport du 15 février 2018, des douleurs permanentes ainsi qu'une perte d'amplitude dans les mouvements d'hyperextension et d'hyperflexion du coude, situation due à une perte progressive du cartilage articulaire et qui pourrait s'aggraver avec le temps (AI pce 73, p. 3 à 4). Les rapports rédigés par la Dre J._____ le 5 avril 2019, produits sur recours, vont également dans le même sens (TAF pce 16, annexe 5), puisque, tout comme le Dr K._____ (AI pce 32.52, p. 2), la rhumatologue identifie des paresthésies qu'il faut mettre en lien avec l'arthrose de la recourante. Or, il ressort des avis du SMR que ce dernier n'a nullement pris en compte cette évolution des atteintes du coude rapportée par les médecins après la sortie de la clinique D._____, évolution qui questionne l'amélioration retenue par les médecins de la clinique dès le 25 septembre 2015. Cette omission est de nature à remettre en cause la fiabilité des avis du SMR sur le plan somatique, avis qui apparaissent dès lors fondés sur un état de santé incomplet et inactuel de la recourante (voir supra consid. 7.4).

E. 12.1

Au niveau psychiatrique, dans la mesure où le rapport de sortie de la clinique D._____ est resté vague à propos des répercussions des troubles psychologiques sur la capacité de travail de la recourante, concluant, sans plus de précisions, que le trouble psychique justifiait pour l'instant une légère diminution de performance dans le travail (voir supra let. B.b), et vu le rapport du 13 janvier 2018 de la Dre E._____, psychiatre traitante, qui faisait état d'un épisode sévère du trouble dépressif récurrent, c'est à raison que le SMR a requis une expertise psychiatrique dans son avis du 23 février 2018 (AI pce 75).

E. 12.2.1

Menée par le Dr H._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, cette expertise a donc été réalisée par un praticien possédant une formation reconnue et les compétences professionnelles nécessaires pour juger de l'état de santé psychique de la recourante.

E. 12.2.2

Dans son rapport reçu par l'OAI le 26 juin 2018, l'expert commence par identifier les points litigieux (AI pce 84, p. 1), puis indique baser son expertise sur le dossier AI et, plus particulièrement, sur les rapports des médecins concernant l'état de santé psychique de la recourante (AI pce 84, p. 2 à 3). Il faut ainsi considérer que le Dr H._____ était en pleine connaissance du dossier à sa disposition lorsqu'il a effectué son examen. Les plaintes exprimées par la recourante durant l'expertise sont dûment retranscrites dans le rapport (AI pce 84, p. 3). Une anamnèse complète est également effectuée par l'expert (AI pce 84, p. 4 à 6). La recourante est ensuite questionnée sur sa prise de médicaments (AI pce 84, p. 3), le déroulement d'une journée typique (AI pce 84, p. 3 à 4), ses perspectives d'avenir, et dans quelle mesure elle estime pouvoir utiliser sa capacité de travail résiduelle (AI pce 84, p. 6).

L'expert expose ensuite ses propres observations (AI pce 84, p. 6 à 7), de sorte que le Tribunal estime que ses investigations sont approfondies et complètes. Sur cette base, le Dr H._____ identifie en particulier les symptômes suivants chez la recourante : abaissement de l'humeur durant une grande partie de la journée, perte partielle de l'intérêt, réduction de l'énergie, fatigue importante, troubles du sommeil (réveil la nuit), diminution de la capacité à se concentrer et de l'estime de soi (envie passive de mourir), ralentissement psychomoteur et perte de libido (AI pce 84, p. 8 à 9). Il pose ainsi, à l'aide de la CIM-10, le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) (AI pce 84, p. 10), qui a son origine dans l'accident de 2014 et la résiliation subséquente du contrat de travail de la recourante (AI pce 84, p. 8). Claires et motivées, les conclusions de l'expert remplissent les exigences jurisprudentielles (voir supra consid. 7.3).

E. 12.2.3

Il est par ailleurs relevé ce qui suit s'agissant des indicateurs déterminants en matière psychiatrique (voir supra consid. 8). Une fois le diagnostic posé *lege artis*, l'expert indique, pour ce qui est du complexe « atteinte à la santé », que la recourante affirme avoir souvent besoin d'aide pour accomplir certaines activités ménagères (passer l'aspirateur ou la serpillère, faire la lessive ; AI pce 84, p. 4). Les activités qu'elle est en mesure d'effectuer lui demandent une période de récupération (AI pce 84, p. 4). Elle a également besoin d'être accompagnée pour parcourir de longues distances en voiture (AI pce 84, p. 9), doit faire des siestes quotidiennement et ne peut se concentrer (AI pce 84, p. 4). La recourante suit une thérapie à raison de sessions de 45 minutes toutes les deux à trois semaines auprès de la Dresse E._____ et prend 75mg d'Efexor (AI pce 84, p. 3). L'expert estime cependant que le dosage de l'antidépresseur pourrait être augmenté, et une hospitalisation envisagée (AI pce 84, p. 9). Bien qu'il n'identifie aucune comorbidité psychiatrique, l'expert indique dans son rapport que l'état psychique diminué de la recourante renforce ses plaintes sur le plan somatique (AI pce 84, p. 11). En outre, ses entraves dans la vie quotidienne sont partiellement dues à son atteinte somatique (AI pce 84, p. 9). La recourante indique en effet qu'une douleur à son coude peut engendrer des ruminations (AI pce 84, p. 3). Quant au complexe « personnalité », le rapport d'expertise explique que la recourante est passive dans ses relations avec les autres, mais aime bien voir ses connaissances régulièrement (AI pce 84, p. 4). Elle a en outre un esprit structuré simplement et peu fin (AI pce 84, p. 6). Bien qu'elle ne montre aucun trouble de la personnalité, la recourante apparaît peu sûre d'elle et peureuse, ce qui doit toutefois être mis en lien avec l'atteinte dépressive dont elle souffre (AI pce 84, p. 9). Sa grande peur est d'être internée (AI pce 84, p. 7). L'expert rappelle toutefois que la recourante a toujours exercé une activité professionnelle, ce qui indique qu'elle a certaines ressources (AI pce 84, p. 10). Le « contexte social » de la recourante est, selon l'expert, resté largement intact (AI pce 84, p. 9). Il consiste en des contacts réguliers avec les autres, bien qu'ils restent mesurés (AI pce 84, p. 9). Ainsi, durant la journée, elle est la plupart du temps seule, mais rencontre parfois des amis ou collègues le week-end (AI pce 84, p. 4). Son époux lui est d'une grande aide et elle s'entend bien avec son plus jeune fils, qui vit sous leur toit (AI pce 84, p. 4). La recourante voit son fils aîné de manière irrégulière, car il ne vit plus à proximité. Il habite en effet depuis longtemps avec sa compagne avec laquelle il a eu un enfant âgé de huit ans, qui fait la joie de la recourante (AI pce 84, p. 4). Pour ce qui est de la catégorie « cohérence », il est relevé que la recourante se décrit comme étant pleine de vie auparavant (AI pce 84, p. 4). Elle aimait s'occuper de son jardin, ce qu'elle ne fait plus aujourd'hui (AI pce 84, p. 4). Cependant, la fréquence de ses contacts sociaux est globalement restée la même (AI pce 84, p. 10), et elle reste en mesure

d'aller faire les courses dans un magasin à proximité de son domicile, de cuisiner, ainsi que de conduire sur des courtes distances (AI pce 84, p. 4). La recourante a en outre de par elle-même cherché une prise en charge psychiatrique (AI pce 84, p. 5), à laquelle elle se conforme (AI pce 84, p. 10).

E. 12.2.4

Concernant enfin de la capacité de travail, l'expert constate un certain manque de clarté (AI pce 84, p. 11). Il relève toutefois que la recourante a, malgré son atteinte, tenté de trouver par elle-même une activité professionnelle adaptée à son état (AI pce 84, p. 6). L'expert en conclut qu'elle ne se sent pas totalement incapable de travailler, contrairement à l'avis de la psychiatre qui la suit, dont les rapports, succincts, ne sont donc pas probants (AI pce 84, p. 9). Le Dr H._____ considère également qu'une incapacité de travail totale ne se justifie pas non plus au vu du diagnostic posé (AI pce 84, p. 11). Il estime ainsi la capacité de travail résiduelle de la recourante à 50% dans toute activité et ce, au plus tard à partir d'août 2015. En effet, selon le rapport de sortie de la clinique D._____, les symptômes d'un épisode dépressif moyen (F32.1) avaient largement disparu à la fin du séjour de la recourante en septembre 2015, et, dans son compte-rendu du 30 juin 2015, la Dre T._____ constatait une certaine amélioration de l'état psychique de la recourante (AI pce 84, p. 11 à 12).

E. 12.2.5

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère, notamment au vu des ressources sociales et personnelles de la recourante, que les limitations concrètes de son atteinte psychique dans son quotidien ont été correctement estimées par le Dr H._____, dont le rapport d'expertise est de qualité, eu égard au catalogue d'indicateurs et aux exigences en matière de valeur probante, développés par la jurisprudence.

E. 12.3

Au demeurant, le Tribunal relève que la fiabilité de l'expertise du Dr H._____ n'est pas mise en doute par le restant de la documentation médicale figurant au dossier. En effet, les rapports de la Dre E._____, très sommaires, ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles minimales en la matière (voir supra consid. 7.3), et doivent de toute façon être appréciées avec une certaine réserve, étant donné que ce médecin est chargée du suivi psychiatrique de la recourante (voir supra consid. 7.6). Pour ce qui est du rapport du 5 juin 2019 du Dr Z._____ (TAF pce 16, annexe 4), à prendre en compte dès lors qu'il traite d'une atteinte présente avant le prononcé de la décision litigieuse (voir supra consid. 4.2), il n'est pas non plus conforme aux exigences jurisprudentielles susmentionnées. En particulier, l'avis du Dr H._____ n'a nullement été considéré et discuté. Du reste, l'hospitalisation de la recourante ne saurait être interprétée comme un indice de gravité de son atteinte, dès lors que le Dr H._____ a estimé dans son expertise qu'une telle mesure serait, au contraire, propre à améliorer l'état psychique de la recourante, pour qui tout espoir n'était pas encore perdu (AI pce 84, p. 10).

E. 12.4

C'est donc à juste titre que le SMR a suivi les conclusions du Dr H._____ et estimé qu'au niveau psychiatrique, la recourante pourrait exercer toute activité professionnelle à 50% (AI pces 86 et 94), pour autant que son état somatique le permette.

E. 13.1

Il s'avère ainsi, au vu de tout ce qui précède, que la recourante présente, du 3 juillet 2014 au 24 septembre 2015, une incapacité de travail totale dans toute activité. Sur un plan psychiatrique, sa capacité de travail s'est améliorée à 50% dans toute activité dès août 2015. Au niveau somatique cependant, on ne peut, sur la base de la documentation versée en cause, confirmer ou infirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'amélioration de la capacité de travail constatée par l'autorité inférieure à partir du 25 septembre 2015. En conséquence, le dossier ne fonde pas, à ce stade, de motif de révision de la rente. Il y a donc lieu de maintenir le droit au versement d'une rente entière du 1er juillet 2015 - soit une année après le début de l'incapacité de travail (art. 28 al. 1 LAI ; voir supra consid. 6.2) - jusqu'au 31 décembre 2015 - la rente ne pouvant être réduite ou supprimée que trois mois après l'amélioration si celle-ci devait être confirmée (art. 88a RA ; voir supra consid. 6.4) -, et de procéder à une instruction complémentaire pour le surplus (voir supra consid. 3.1). En effet, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

E. 13.2

Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (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). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision. L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes somatiques de la recourante, mais concernera l'état de santé de l'intéressée dans son ensemble, soit également la problématique psychiatrique, dans la mesure où les derniers rapports versés au dossier à cet égard datent de 2019 et qu'on ne connaît pas, notamment, les effets sur l'état de santé de la recourante de son séjour à la Clinique psychiatrique I._____. Une expertise médicale pluridisciplinaire sera ainsi mise en oeuvre dans les disciplines de la rhumatologie, de l'orthopédie et de la traumatologie, de même que de la psychiatrie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; Anne-Sylvie Dupont, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPG, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse - l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) -, auprès d'experts

indépendants (art. 44 LPGA), dans le respect des droits de participation du recourant (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.).

E. 14

Partant, le recours doit être admis. Les décisions du 6 février 2019, en tant qu'elles reconnaissent à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1er juillet au 31 décembre 2015, doivent être confirmées. Elles sont annulées pour le surplus. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire, afin d'établir la capacité de travail de la recourante à compter du 25 septembre 2015, et nouvelle décision quant au droit à la rente au-delà du 31 décembre 2015.

E. 15.1

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6) et l'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

E. 15.2

L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le Tribunal fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (art. 14 al. 2 FITAF ; arrêts du Tribunal fédéral 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4 ; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en considérant l'importance et la difficulté du litige, ainsi que le travail et le temps que le représentant du recourant a dû y consacrer. En l'espèce, le Tribunal considère que la recourante est représentée par un mandataire qui n'exerce pas la profession d'avocat, que les frais de représentation sont faibles puisque le mémoire de recours (TAF pce 1) et la réplique (TAF pce 10), contenant une argumentation pertinente très succincte, tiennent sur une page, et que le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, qui représentait déjà le recourant devant l'autorité inférieure (voir supra let. B.c), connaissait donc le dossier au moment du recours. De surcroît, la cause ne présente pas une complexité particulière. Enfin, il sied de remarquer que la procédure est soumise à la maxime inquisitoire (voir supra consid. 3.1). En conséquence, il convient d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 500.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF).

E. 24

septembre 2015 de la clinique D._____, retient une incapacité de travail totale dans tout type d'activité du 3 juillet 2014, date de l'accident, au 24 septembre 2015, puis une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations mises en évidence à la clinique D._____ à partir du 25 septembre 2015, soit au lendemain du séjour à la clinique. B.e Sur cette base, l'OAI, dans un projet de décision du 12 décembre 2017, informe l'intéressée qu'il entend lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée, du 1er juillet 2015 au 31 décembre 2015 (AI pce 69). Par écriture du 16 janvier 2018 (AI pce 71), l'assurée fait valoir son droit d'être entendue et signale que son état de santé s'est aggravé. Sont joints à son opposition un rapport du 13 janvier 2018 de la Dre E._____, psychiatre, ainsi qu'un

compte-rendu du 31 janvier 2017 du Dr F._____, chirurgien orthopédiste. Le 16 février 2018, elle verse encore en cause un rapport du 15 février 2018 du Dr G._____, médecin généraliste (AI pce 73). B.f Invité à se prononcer sur cette nouvelle documentation médicale, le SMR, dans une deuxième prise de position du 23 février 2018 (AI pce 75), recommande la réalisation d'une expertise psychiatrique par le Dr H._____, psychiatre, que l'OAI mandate (AI pce 83). L'expertise a lieu le 19 juin 2018. Dans son rapport non daté, reçu par l'OAI le 26 juin 2018, le Dr H._____ confirme le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) et conclut que l'intéressée présente une capacité de travail

C-845/2019 Page 4 de 50% dans tout type d'activité à partir d'août 2015 à tout le moins (AI pce 84). B.g A nouveau invité à s'exprimer, le SMR, dans un troisième avis du

E. 27

août 2018, renvoie à sa prise de position précédente, retenant toutefois qu'en raison de la persistance de l'épisode dépressif moyen, la capacité de travail dans une activité adaptée est réduite à 50% dès le 25 septembre 2015 (AI pce 86). B.h Par projet de décision du 30 novembre 2018, l'OAI fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité à partir du 1er juillet 2015 ; puis, en raison de l'amélioration de la capacité de travail à 50% constatée dès le 25 septembre 2015, donnant lieu à une invalidité de 35% seulement, la rente serait supprimée avec effet au 1er janvier 2016, soit après l'écoulement sans interruption du délai légal de trois mois suivant l'amélioration ; enfin, un quart de rente d'invalidité, correspondant à un taux de 40%, lui serait alloué à partir du 1er janvier 2018, en application du nouveau mode de calcul du taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, valable dès le 1er janvier 2018 (AI pce 88). S'opposant à ce projet de décision par écriture du 3 janvier 2019, l'assurée affirme une nouvelle fois que son état de santé s'est aggravé. En annexe de son courrier se trouve un rapport du 28 décembre 2018 de la Dre E._____ (AI pce 91). B.i Dans un quatrième avis du 18 janvier 2019, le SMR maintient sa position précédente, soutenant que le rapport de la Dre E._____ ne permet pas de conclure objectivement à une aggravation (AI pce 94). B.j Sur préavis de l'OAI (AI pce 97), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) confirme, par décisions du 6 février 2019 (AI pce 99), l'octroi à l'assurée d'une rente entière d'invalidité du 1er juillet au 31 décembre 2015 et d'un quart de rente à partir du 1er janvier 2018, qu'il a complétés par des rentes liées pour enfant. C. C.a Par acte du 16 février 2019, l'assurée, par l'entremise de son représentant, recourt devant le Tribunal administratif fédéral contre ces décisions. Elle allègue une aggravation de son état de santé et une prochaine hospitalisation en service psychiatrique (TAF pce 1).

C-845/2019 Page 5 C.b Dans une décision incidente du 5 mars 2019, le Tribunal invite la recourante à justifier des pouvoirs de son représentant et à compléter son recours dans un délai de 5 jours (TAF pce 2). Par écriture du 15 mars 2019, la recourante transmet au Tribunal une procuration, ainsi qu'un document figurant déjà au dossier (TAF pce 4). C.c Dans une décision incidente du 21 mars 2019, le Tribunal invite la recourante à payer une avance de frais de Fr. 800.- dans un délai de

E. 30

jours (TAF pce 5), montant versé dans le délai imparti (TAF pce 6). C.d Par ordonnance du 2 avril 2019, le Tribunal invite l'autorité inférieure à se déterminer sur le recours et son annexe (TAF pce 7). C.e Le 8 avril 2019, la recourante transmet au Tribunal un bulletin de situation de la Clinique psychiatrique I._____, daté du 4 avril 2019 (TAF pce 9), que

l'autorité inférieure est invitée à prendre en compte dans sa réponse (TAF pce 10). C.f Par réponse du 18 avril 2019, complétée le 9 mai 2019, l'OAIE, suivant la prise de position de l'OAI, conclut au rejet du recours (TAF pces 11 et 12). C.g Par courrier du 20 mai 2019, la recourante transmet d'autres bulletins de situation de la Clinique psychiatrique I. _____ attestant qu'elle est toujours hospitalisée (TAF pce 14). C.h Joints à sa réplique du 12 juin 2019, la recourante produit des documents en lien avec son hospitalisation auprès de la Clinique psychiatrique I. _____, ainsi que des actes rédigés le 5 avril 2019 par la Dre J. _____, rhumatologue (TAF pce 16). C.i Sur invitation du Tribunal (TAF pce 17), l'autorité inférieure se détermine par rapport à la réplique du 12 juin 2019 de la recourante et son courrier du 20 mai 2019, ainsi que leurs annexes. Elle persiste dans ses conclusions, suivant la prise de position de l'OAI (TAF pce 18). C.j Par ordonnance du 23 juillet 2019, le Tribunal transmet cette duplique pour connaissance à la recourante (TAF pce 19). C.k Le 22 mars 2022, la recourante s'enquiert de l'état de la procédure (TAF pce 21), ce à quoi le Tribunal répond le 31 mars 2022 (TAF pce 22).

C-845/2019 Page 6 C.l Par ordonnance du 14 juin 2022, notifiée à la recourante le 17 juin 2022, le Tribunal de céans communique à l'intéressée qu'il entend renvoyer la cause à l'autorité inférieure et l'informe des risques correspondants en termes de *refomatio in pejus* ; il lui impartit un délai pour prendre position à cet égard ou retirer son recours, et l'avise qu'en l'absence de réponse dans le délai, le recours sera considéré comme maintenu (TAF pces 24 et 26). La recourante ne répond pas à cette ordonnance. D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable. 2. Le litige porte en l'espèce sur l'octroi à l'assurée d'une rente entière d'invalidité limitée du 1er juillet au 31 décembre 2015, puis d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2018, complétées par des rentes pour enfant s'y rapportant. 3. 3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62

C-845/2019 Page 7 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3

avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 3.2 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2) 3.3 Etant donné que la recourante, domiciliée en France voisine, a exercé une activité lucrative dans la ville de [...] jusqu'à son arrêt de travail le 3 juillet 2014 (voir supra let. A), c'est à juste titre que l'OAI du canton de Bâle-Ville a enregistré puis instruit sa demande, et que l'OAIE a notifié les décisions entreprises. 4. 4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). 4.2 Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où les décisions litigieuses ont été rendues, soit en l'espèce, en principe jusqu'au 6 février 2019. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation,

C-845/2019 Page 8 doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). 4.3 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, domiciliée en France, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 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 (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 TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 4.4 Sauf indication contraire, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les dispositions de la LPGA, de la LAI et des ordonnances y afférentes entrées en vigueur le

1er janvier 2022 ne sont pas applicables (« Développement continu de l'AI » ; RO 2021 705, RO 2021 706).

C-845/2019 Page 9 5. En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (AI pce 6, p. 2), et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI. 6. 6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA). 6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 6.3 L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (voir supra consid. 4), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

C-845/2019 Page 10 6.4 Selon la jurisprudence, une décision qui accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction et/ou augmentation correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 ; arrêts du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié in : ATF 137 V 369 ; voir également MARGRIT MOSER SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 9 ad art. 17 ; ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, voir ATF 133 V 108 consid. 5). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d ; arrêt du TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n° 32), dont l'al. 1 prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient durant une assez longue période. Il

en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3). 7. 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 (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur

C-845/2019 Page 11 l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). 7.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 7.3 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 33). 7.4 Les rapports SMR sur dossier (art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI), pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé et médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une

C-845/2019 Page 12 instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF

139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2). 7.5 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un ou une spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). 7.6 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin 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 ou sa patient-e (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 ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (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-e (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).

C-845/2019 Page 13 8. En cas d'affections psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles 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 (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 la présence d'un diagnostic émanant d'un ou d'une expert-e (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 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 (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). 9. Les pièces suivantes ont notamment été versées en cause : – un compte-rendu opératoire du 5 juillet 2014 indiquant que l'assurée a subi une arthrorise par broche de l'articulation cubitale effectuée par le Dr K._____, chirurgien orthopédiste et traumatologue, pour sa fracture de la tête radiale droite comminutive type Masson IV (AI pce 7.42, p. 2),

C-845/2019 Page 14 – un compte-rendu opératoire du 15 juillet 2014, qui mentionne la fracture-luxation du coude droit, ainsi qu'une ostéosynthèse de la tête radiale droite par vissage et une ostéosynthèse de l'apophyse coronoïde cubitale droite par laçage pratiquées par les Drs K._____ et L._____, ce dernier, également chirurgien orthopédiste et traumatologue (AI pce 7.34), – un compte-rendu opératoire du 8 août 2014 concernant l'ablation de la broche d'arthrorise effectuée par le Dr L._____ (AI pce 4 p. 1), – deux rapports médicaux du 24 septembre, respectivement 1er octobre 2014, des Drs K._____ et M._____, ce dernier également chirurgien orthopédiste, qui posent le diagnostic final de fracture- luxation du coude droit et indiquent que les suites post-opératoires ont été simples (AI pce 14, p. 7 à 8), – un rapport du 27 octobre 2014 de la Dre N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation professionnelle auprès du Centre de réadaptation de [...], qui indique que l'atteinte au coude droit de la recourante a évolué favorablement durant son séjour (AI pce 14, p. 9), – les résultats d'une scintigraphie osseuse du 12 novembre 2014, qui concluent à une atteinte inflammatoire diffuse du membre supérieur droit compatible avec une algoneurodystrophie (AI pce 32.51), – un rapport médical du 19 novembre 2014 du Dr K._____, qui pose comme diagnostic une fracture de la tête radiale et apophyse coronoïde avec luxation postérieure du coude droit ; le processus de guérison pourrait être entravé par une algoneurodystrophie ; la reprise d'un travail adapté doit être discuté avec l'employeur, étant précisé qu'une raideur au coude demeurera (AI pce 7.12), – un rapport médical du 25 novembre 2014 du Dr K._____ confirmant ses précédents diagnostics ; la recourante souffre en outre désormais d'une algoneurodystrophie ; son incapacité de travail est totale dans son activité habituelle depuis le 3 juillet 2014, date de sa chute (AI pce 52, p. 4 à 5), – un rapport médical d'hospitalisation du 19 décembre 2014 signé par la Dre N._____, indiquant que, durant le séjour de la recourante du 12 août au 19 décembre 2014 au Centre de réadaptation de [...], ses amplitudes au coude droit ont évolué favorablement ; une

C-845/2019 Page 15 algoneurodystrophie du membre supérieur droit est constatée ; des douleurs et un manque de force au niveau du membre supérieur droit persistent ; enfin, une fragilité émotionnelle est identifiée chez la recourante, mise sous traitement antidépresseur (AI pce 11), – un rapport médical du 22 décembre 2014 du Dr O._____, anesthésiste, qui diagnostique une algodystrophie du coude gauche (recte : droit) avec toutefois une bonne conservation des amplitudes articulaires eu égard à la complexité de la fracture (AI pce 14, p. 15), – un rapport du 23 janvier 2015 du Dr P._____, médecin généraliste, qui estime que la recourante souffre encore d'algies à l'effort et de limitations des mouvements qui la rend inapte à exercer son activité habituelle ; elle ne peut pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, soulever ou porter des charges, et doit privilégier des activités exercées dans différentes positions ou principalement en marchant (AI pce 14, p. 2 à 6), – un

certificat médical du 9 février 2015 du Dr O._____, qui constate que la recourante est en mesure d'effectuer des tâches élémentaires avec une fatigabilité au bout d'une heure ; il estime qu'on peut présager un retour à la normale d'ici quelques mois, voire quelques semaines (AI pce 32.52, p. 1), – un rapport médical du 11 février 2015 de la Dre N._____, qui estime qu'actuellement, malgré l'évolution lentement favorable des atteintes tant somatique que psychique de la recourante, elle reste incapable de reprendre son activité habituelle ; elle présenterait en effet un important manque de force et d'endurance au niveau du membre droit (AI pce 32.54), – un certificat médical du 12 février 2015 du Dr K._____, constatant que la recourante présente des douleurs après effort associées à des paresthésies non systématisées (AI pce 32.52, p. 2), – un avis médical du 17 février 2015 du Dr Q._____, chirurgien orthopédiste et traumatologue de la SUVA, qui estime que la capacité de travail actuelle de la recourante dans son activité habituelle est nulle (AI pce 32.55), – un avis du 15 juin 2015 du Dr R._____, chirurgien auprès de la SUVA, qui estime que la recourante est en mesure d'effectuer une

C-845/2019 Page 16 activité légère sans vibrations ni chocs, sans mouvements répétitifs ou rotatifs du coude droit (AI pce 32.28), – un certificat médical du 18 juin 2015 de la Dre S._____, anesthésiste, qui estime que la recourante est apte à reprendre le travail si elle évite impérieusement les mouvements répétitifs sur une longue période (AI pce 27, p. 4), – un rapport médical du 30 juin 2015 de la Dre T._____, psychiatre, qui indique suivre la recourante depuis le 12 décembre 2015 (recte : 2014) pour un syndrome dépressif réactionnel ; actuellement il y aurait une petite amélioration de son état, mais l'humeur resterait vulnérable (AI pce 27, p. 2 à 3), – un rapport de sortie de la clinique D._____ du 24 septembre 2015 rédigé par le Dr U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, la Dre V._____, médecin assistante, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Mme lic. phil. X._____ (voir supra let. B.b ; AI pce 43.13), – un rapport de la Dre E._____ reçu le 7 mars 2016 par l'OAI et diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ; la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle serait nulle, mais pourrait augmenter de 50% dans six mois environ (AI pce 49), – les résultats d'un arthroscanner du coude droit effectué le 29 novembre 2016 par le Dr Y._____, radiologue, qui relève en particulier une irrégularité et un remaniement post-traumatique huméro-radial et huméro-ulnaire, une chondropathie huméro-radiale et huméro-ulnaire prédominant sur le versant olécranien et ulnaire, de stade II et III (AI pces 65.8 et 65.9), – un rapport médical du 31 janvier 2017 du Dr F._____, qui affirme que la recourante ressent des douleurs post-traumatiques liées à une arthrose débutante du coude, qui ne seraient pas améliorées par une intervention chirurgicale (AI pce 65.11), – un rapport du Dr Y._____ qui, le 13 mars 2017, effectue une infiltration pour les douleurs sur arthrose dont souffre la recourante à son coude droit (AI pce 65.6),

C-845/2019 Page 17 – un avis du 22 mai 2017 du Dr Q._____, médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, qui confirme la capacité résiduelle estimée par la clinique D._____, mais réclame des informations supplémentaires pour déterminer l'atteinte à l'intégrité (AI pce 65.15), – une détermination de l'atteinte à la santé du 22 mai 2017 du Dr Q._____, qui constate que la recourante a développé de l'arthrose au coude droit des suites de son accident (AI pce 65.3), – l'avis du SMR du 2 novembre 2017 (voir supra let. B.d, AI pce 67), – un rapport médical du 13 janvier 2018 de la Dre E._____, qui indique suivre la recourante depuis décembre 2015 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère

sans symptômes psychotiques (F33.2) ; son état ne lui permettrait pas la reprise d'une activité professionnelle (AI pce 71, p. 2), – un rapport manuscrit du 15 février 2018 du Dr G._____, médecin généraliste, qui constate que les douleurs, localisées au niveau du coude et sur le trajet du nerf cubital, sont permanentes ; les sollicitations du membre supérieur droit et le port de charges pourraient intensifier ces douleurs ; le médecin constate également une perte d'amplitude dans les mouvements d'hyperextension et d'hyperflexion ; cette situation, due à une perte progressive du cartilage articulaire, ne pourrait que s'aggraver avec le temps, ce qui justifierait un reclassement de la recourante dans son entreprise (AI pce 73, p. 3 à 4), – un certificat médical du 9 juin 2018 de la Dre E._____, qui constate une décompensation des troubles dépressifs sévères avec des idéations suicidaires ; un réajustement thérapeutique, comprenant une éventuelle hospitalisation, serait nécessaire (AI pce 84, p. 14), – une expertise du Dr H._____ reçue le 26 juin 2018 par l'OAI (voir supra let. B.f, AI pce 84, p. 1 à 12), – l'avis du SMR du 27 août 2018 (voir supra let. B.g, AI pce 86), – trois actes médicaux de la Dre E._____ : qui, le 28 décembre 2018, indique que la recourante bénéficiera d'un ajustement thérapeutique dès le 20 décembre 2018 et qu'une hospitalisation est prévue (AI pce 91, p. 2),

C-845/2019 Page 18 qui, le 31 janvier 2018 [recte : 2019], affirme que le traitement de la recourante est une nouvelle fois ajusté et redit qu'une hospitalisation est prévue (AI pce 98, p. 2), qui, le 12 mars 2019, confirme une nouvelle fois la nécessité d'une hospitalisation (AI pce 100, p. 26). – des bulletins de situation de la Clinique psychiatrique I._____ à [...] confirmant l'hospitalisation de la recourante du 4 avril au 6 juin 2019 (TAF pces 9, 14 et 16 annexe 1), – plusieurs documents médicaux du 5 avril 2019 de la Dre J._____ : qui indique que l'examen du coude révèle une douleur en regard de l'insertion des épicondyliens, un léger fliessum et une douleur à l'extension en fin de course ; la recourante présente également des paresthésies touchant le bord cubital des deux derniers doigts (TAF pce 16 annexe 5), qui effectue une infiltration du coude (TAF pce 16 annexe 6), qui constate, à l'aide d'un électromyogramme, des paresthésies touchant le bord cubital des deux derniers doigts et la fracture de l'extrémité du radius de 2014 (TAF pce 16 annexe 7), – une lettre de liaison du 5 juin 2019 du Dr Z._____, psychiatre auprès de la Clinique I._____, concluant à une dépression majeure (F32.2 ; TAF pce 16 annexe 4). 10. En l'occurrence, les décisions litigieuses se fondent sur les prises de position du SMR des 2 novembre 2017 et 27 août 2018, confirmées par un avis du 18 janvier 2019 (AI pces 67, 86, 94). Se basant avant tout sur le rapport de sortie de la clinique D._____ du 24 septembre 2015 (AI pce 43.13), complété par le rapport d'expertise psychiatrique du Dr H._____ reçu le 26 juin 2018 par l'OAI (AI pce 84), le Dr a._____, médecin généraliste auprès du SMR, y a retenu les diagnostics principaux de fracture-luxation du coude droit avec fracture de la tête radiale de type Masson IV et fracture du processus coronoïde suite à l'accident du 3 juillet 2014, ainsi que celui d'épisode dépressif moyen (F32.1). Il a considéré que si la recourante présentait une incapacité totale de travail dans toute activité du 3 juillet 2014 au 24 septembre 2015, date de la sortie de la clinique D._____, il résultait du rapport de sortie de cette clinique,

C-845/2019 Page 19 précisé par le rapport du Dr H._____, que la capacité de travail s'était ensuite améliorée dans une activité adaptée aux atteintes somatiques, capacité toutefois limitée à 50% en raison de la persistance de l'épisode dépressif moyen. Or, à la lecture des documents médicaux figurant au dossier, le Tribunal de céans, s'il estime également qu'il convient de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité, à

partir du 3 juillet 2014, ne saurait néanmoins suivre le médecin du SMR lorsque celui-ci constate une amélioration de cette capacité à partir du 25 septembre 2015. 11. 11.1 Ainsi, au niveau somatique, le SMR reprend entièrement les conclusions des Drs U. _____ et V. _____ (rapport de sortie du 24 septembre 2015, AI pce 43.13). Il considère que, bien qu'ayant été victime d'une fracture-luxation du coude droit avec fracture de la tête radiale de type Masson IV et une fracture du processus coronoïde, la recourante, totalement incapable de travailler depuis son accident en juillet 2014, a retrouvé à partir du 25 septembre 2015, soit le lendemain de sa sortie de la clinique D. _____, une capacité de travail de 100% dans une activité légère, sans vibrations ni chocs, sans mouvements répétitifs ou rotatifs du coude droit. Etabli en particulier par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, suite au séjour de l'intéressée à la clinique D. _____ du 6 août au 24 septembre 2015, le rapport de sortie précité se fonde à l'évidence sur un examen de la patiente, dont il mentionne l'anamnèse et les plaintes (voir notamment p. 5 à 7) ; il tient compte par ailleurs du contexte médical (p. 5), contient une appréciation somatique, de même que psychosomatique (p. 3), des diagnostics précis et complets (p. 1), ainsi que des conclusions claires sur le plan somatique (p. 2). Remplissant pour l'essentiel les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, on ne saurait reprocher au SMR de l'avoir pris en compte, d'autant que la documentation médicale versée au dossier, antérieure à ce rapport, tend à confirmer les conclusions de ce dernier (voir AI pce 7.12 ; pce 52, p. 4 à 5 ; pce 14, p. 2 à 6 ; pce 32.52, p. 1 ; pce 32.54 ; pce 32.55 ; pce 32.28 ; pce 27, p. 4). 11.2 Le Tribunal relève cependant que parmi les documents médicaux produits en cause, postérieurs au rapport de sortie de la clinique D. _____, figure en particulier l'avis du 22 mai 2017 du Dr Q. _____ (AI

C-845/2019 Page 20 pce 65.15). Bien que le médecin d'arrondissement de la SUVA s'accorde avec les médecins de la clinique D. _____ quant au début de la capacité médico-théorique de l'intéressée, il pose néanmoins la question du status suite à la fracture-luxation, et estime qu'une radiographie est nécessaire pour déterminer l'atteinte à l'intégrité. Dans son évaluation ultérieure de cette atteinte (AI pce 65.3), le Dr Q. _____ conclut que la recourante a développé une arthrose du coude suite à l'accident, ce qui est largement confirmé par les pièces au dossier, notamment par le Dr F. _____ dans son rapport du 31 janvier 2017 basé sur un arthroscanner (AI pce 65.11 et 71, p. 3), par le Dr Y. _____ qui, le 13 mars 2017, effectue une infiltration contre les douleurs sur arthrose dont souffre la recourante (AI pce 65.6), et par le Dr G. _____ qui constate, dans son rapport du 15 février 2018, des douleurs permanentes ainsi qu'une perte d'amplitude dans les mouvements d'hyperextension et d'hyperflexion du coude, situation due à une perte progressive du cartilage articulaire et qui pourrait s'aggraver avec le temps (AI pce 73, p. 3 à 4). Les rapports rédigés par la Dre J. _____ le 5 avril 2019, produits sur recours, vont également dans le même sens (TAF pce 16, annexe 5), puisque, tout comme le Dr K. _____ (AI pce 32.52, p. 2), la rhumatologue identifie des paresthésies qu'il faut mettre en lien avec l'arthrose de la recourante. Or, il ressort des avis du SMR que ce dernier n'a nullement pris en compte cette évolution des atteintes du coude rapportée par les médecins après la sortie de la clinique D. _____, évolution qui questionne l'amélioration retenue par les médecins de la clinique dès le 25 septembre 2015. Cette omission est de nature à remettre en cause la fiabilité des avis du SMR sur le plan somatique, avis qui apparaissent dès lors fondés sur un état de santé incomplet et inactuel de la recourante (voir supra consid. 7.4). 12. 12.1 Au niveau psychiatrique, dans la mesure où le rapport de sortie de la clinique D. _____ est resté vague à propos des répercussions des troubles psychologiques sur la

capacité de travail de la recourante, concluant, sans plus de précisions, que le trouble psychique justifiait pour l'instant une légère diminution de performance dans le travail (voir supra let. B.b), et vu le rapport du 13 janvier 2018 de la Dre E._____, psychiatre traitante, qui faisait état d'un épisode sévère du trouble dépressif récurrent, c'est à raison que le SMR a requis une expertise psychiatrique dans son avis du 23 février 2018 (AI pce 75).

C-845/2019 Page 21 12.2 12.2.1 Menée par le Dr H._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, cette expertise a donc été réalisée par un praticien possédant une formation reconnue et les compétences professionnelles nécessaires pour juger de l'état de santé psychique de la recourante. 12.2.2 Dans son rapport reçu par l'OAI le 26 juin 2018, l'expert commence par identifier les points litigieux (AI pce 84, p. 1), puis indique baser son expertise sur le dossier AI et, plus particulièrement, sur les rapports des médecins concernant l'état de santé psychique de la recourante (AI pce 84, p. 2 à 3). Il faut ainsi considérer que le Dr H._____ était en pleine connaissance du dossier à sa disposition lorsqu'il a effectué son examen. Les plaintes exprimées par la recourante durant l'expertise sont dûment retranscrites dans le rapport (AI pce 84, p. 3). Une anamnèse complète est également effectuée par l'expert (AI pce 84, p. 4 à 6). La recourante est ensuite questionnée sur sa prise de médicaments (AI pce 84, p. 3), le déroulement d'une journée typique (AI pce 84, p. 3 à 4), ses perspectives d'avenir, et dans quelle mesure elle estime pouvoir utiliser sa capacité de travail résiduelle (AI pce 84, p. 6). L'expert expose ensuite ses propres observations (AI pce 84, p. 6 à 7), de sorte que le Tribunal estime que ses investigations sont approfondies et complètes. Sur cette base, le Dr H._____ identifie en particulier les symptômes suivants chez la recourante : abaissement de l'humeur durant une grande partie de la journée, perte partielle de l'intérêt, réduction de l'énergie, fatigue importante, troubles du sommeil (réveil la nuit), diminution de la capacité à se concentrer et de l'estime de soi (envie passive de mourir), ralentissement psychomoteur et perte de libido (AI pce 84, p. 8 à 9). Il pose ainsi, à l'aide de la CIM-10, le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) (AI pce 84, p. 10), qui a son origine dans l'accident de 2014 et la résiliation subséquente du contrat de travail de la recourante (AI pce 84, p. 8). Claires et motivées, les conclusions de l'expert remplissent les exigences jurisprudentielles (voir supra consid. 7.3). 12.2.3 Il est par ailleurs relevé ce qui suit s'agissant des indicateurs déterminants en matière psychiatrique (voir supra consid. 8). Une fois le diagnostic posé *lege artis*, l'expert indique, pour ce qui est du complexe « atteinte à la santé », que la recourante affirme avoir souvent besoin d'aide pour accomplir certaines activités ménagères (passer

C-845/2019 Page 22 l'aspirateur ou la serpillière, faire la lessive ; AI pce 84, p. 4). Les activités qu'elle est en mesure d'effectuer lui demandent une période de récupération (AI pce 84, p. 4). Elle a également besoin d'être accompagnée pour parcourir de longues distances en voiture (AI pce 84, p. 9), doit faire des siestes quotidiennement et ne peut se concentrer (AI pce 84, p. 4). La recourante suit une thérapie à raison de sessions de 45 minutes toutes les deux à trois semaines auprès de la Dresse E._____ et prend 75mg d'Efexor (AI pce 84, p. 3). L'expert estime cependant que le dosage de l'antidépresseur pourrait être augmenté, et une hospitalisation envisagée (AI pce 84, p. 9). Bien qu'il n'identifie aucune comorbidité psychiatrique, l'expert indique dans son rapport que l'état psychique diminué de la recourante renforce ses plaintes sur le plan somatique (AI pce 84, p. 11). En outre, ses entraves dans la vie quotidienne sont partiellement dues à son atteinte somatique (AI pce 84, p. 9). La recourante indique en effet qu'une douleur à son coude peut engendrer des ruminations (AI pce 84, p. 3). Quant au complexe « personnalité », le rapport

d'expertise explique que la recourante est passive dans ses relations avec les autres, mais aime bien voir ses connaissances régulièrement (AI pce 84, p. 4). Elle a en outre un esprit structuré simplement et peu fin (AI pce 84, p. 6). Bien qu'elle ne montre aucun trouble de la personnalité, la recourante apparaît peu sûre d'elle et peureuse, ce qui doit toutefois être mis en lien avec l'atteinte dépressive dont elle souffre (AI pce 84, p. 9). Sa grande peur est d'être internée (AI pce 84, p. 7). L'expert rappelle toutefois que la recourante a toujours exercé une activité professionnelle, ce qui indique qu'elle a certaines ressources (AI pce 84, p. 10). Le « contexte social » de la recourante est, selon l'expert, resté largement intact (AI pce 84, p. 9). Il consiste en des contacts réguliers avec les autres, bien qu'ils restent mesurés (AI pce 84, p. 9). Ainsi, durant la journée, elle est la plupart du temps seule, mais rencontre parfois des amis ou collègues le week-end (AI pce 84, p. 4). Son époux lui est d'une grande aide et elle s'entend bien avec son plus jeune fils, qui vit sous leur toit (AI pce 84, p. 4). La recourante voit son fils aîné de manière irrégulière, car il ne vit plus à proximité. Il habite en effet depuis longtemps avec sa compagne avec laquelle il a eu un enfant âgé de huit ans, qui fait la joie de la recourante (AI pce 84, p. 4). Pour ce qui est de la catégorie « cohérence », il est relevé que la recourante se décrit comme étant pleine de vie auparavant (AI pce 84, p. 4). Elle aimait s'occuper de son jardin, ce qu'elle ne fait plus aujourd'hui (AI pce 84, p. 4). Cependant, la fréquence de ses contacts sociaux est globalement restée la même (AI pce 84, p. 10), et elle reste en mesure

C-845/2019 Page 23 d'aller faire les courses dans un magasin à proximité de son domicile, de cuisiner, ainsi que de conduire sur des courtes distances (AI pce 84, p. 4). La recourante a en outre de par elle-même cherché une prise en charge psychiatrique (AI pce 84, p. 5), à laquelle elle se conforme (AI pce 84, p. 10). 12.2.4 Concernant enfin de la capacité de travail, l'expert constate un certain manque de clarté (AI pce 84, p. 11). Il relève toutefois que la recourante a, malgré son atteinte, tenté de trouver par elle-même une activité professionnelle adaptée à son état (AI pce 84, p. 6). L'expert en conclut qu'elle ne se sent pas totalement incapable de travailler, contrairement à l'avis de la psychiatre qui la suit, dont les rapports, succincts, ne sont donc pas probants (AI pce 84, p. 9). Le Dr H. _____ considère également qu'une incapacité de travail totale ne se justifie pas non plus au vu du diagnostic posé (AI pce 84, p. 11). Il estime ainsi la capacité de travail résiduelle de la recourante à 50% dans toute activité et ce, au plus tard à partir d'août 2015. En effet, selon le rapport de sortie de la clinique D. _____, les symptômes d'un épisode dépressif moyen (F32.1) avaient largement disparu à la fin du séjour de la recourante en septembre 2015, et, dans son compte-rendu du 30 juin 2015, la Dre T. _____ constatait une certaine amélioration de l'état psychique de la recourante (AI pce 84, p. 11 à 12). 12.2.5 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère, notamment au vu des ressources sociales et personnelles de la recourante, que les limitations concrètes de son atteinte psychique dans son quotidien ont été correctement estimées par le Dr H. _____, dont le rapport d'expertise est de qualité, eu égard au catalogue d'indicateurs et aux exigences en matière de valeur probante, développés par la jurisprudence. 12.3 Au demeurant, le Tribunal relève que la fiabilité de l'expertise du Dr H. _____ n'est pas mise en doute par le restant de la documentation médicale figurant au dossier. En effet, les rapports de la Dre E. _____, très sommaires, ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles minimales en la matière (voir supra consid. 7.3), et doivent de toute façon être appréciées avec une certaine réserve, étant donné que ce médecin est chargée du suivi psychiatrique de la recourante (voir supra consid. 7.6). Pour ce qui est du rapport du 5 juin 2019 du Dr Z. _____ (TAF pce 16, annexe 4), à prendre en compte dès lors qu'il traite d'une atteinte présente avant le

prononcé de la décision litigieuse (voir supra consid. 4.2), il n'est pas non plus conforme aux

C-845/2019 Page 24 exigences jurisprudentielles susmentionnées. En particulier, l'avis du Dr H. _____ n'a nullement été considéré et discuté. Du reste, l'hospitalisation de la recourante ne saurait être interprétée comme un indice de gravité de son atteinte, dès lors que le Dr H. _____ a estimé dans son expertise qu'une telle mesure serait, au contraire, propre à améliorer l'état psychique de la recourante, pour qui tout espoir n'était pas encore perdu (AI pce 84, p. 10). 12.4 C'est donc à juste titre que le SMR a suivi les conclusions du Dr H. _____ et estimé qu'au niveau psychiatrique, la recourante pourrait exercer toute activité professionnelle à 50% (AI pces 86 et 94), pour autant que son état somatique le permette. 13. 13.1 Il s'avère ainsi, au vu de tout ce qui précède, que la recourante présente, du 3 juillet 2014 au 24 septembre 2015, une incapacité de travail totale dans toute activité. Sur un plan psychiatrique, sa capacité de travail s'est améliorée à 50% dans toute activité dès août 2015. Au niveau somatique cependant, on ne peut, sur la base de la documentation versée en cause, confirmer ou infirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'amélioration de la capacité de travail constatée par l'autorité inférieure à partir du 25 septembre 2015. En conséquence, le dossier ne fonde pas, à ce stade, de motif de révision de la rente. Il y a donc lieu de maintenir le droit au versement d'une rente entière du 1er juillet 2015 – soit une année après le début de l'incapacité de travail (art. 28 al. 1 LAI ; voir supra consid. 6.2) – jusqu'au 31 décembre 2015 – la rente ne pouvant être réduite ou supprimée que trois mois après l'amélioration si celle-ci devait être confirmée (art. 88a RA ; voir supra consid. 6.4) –, et de procéder à une instruction complémentaire pour le surplus (voir supra consid. 3.1). En effet, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). 13.2 Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il

C-845/2019 Page 25 s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (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). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision. L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes somatiques de la recourante, mais concernera l'état de santé de l'intéressée dans son ensemble, soit également la problématique psychiatrique, dans la mesure où les derniers rapports versés au dossier à cet égard datent de 2019 et qu'on ne connaît pas, notamment, les effets sur l'état de santé de la recourante de son séjour à la Clinique psychiatrique I. _____. Une expertise médicale pluridisciplinaire sera ainsi mise en œuvre dans les disciplines de la rhumatologie, de l'orthopédie et de la traumatologie, de même que de la psychiatrie, ainsi que dans toute

autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVIE DUPONT, Assurance- invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) –, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGGA), dans le respect des droits de participation du recourant (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.).

C-845/2019 Page 26 14. Partant, le recours doit être admis. Les décisions du 6 février 2019, en tant qu'elles reconnaissent à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1er juillet au 31 décembre 2015, doivent être confirmées. Elles sont annulées pour le surplus. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire, afin d'établir la capacité de travail de la recourante à compter du 25 septembre 2015, et nouvelle décision quant au droit à la rente au-delà du 31 décembre 2015. 15. 15.1 Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6) et l'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. 15.2 L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le Tribunal fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (art. 14 al. 2 FITAF ; arrêts du Tribunal fédéral 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4 ; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en considérant l'importance et la difficulté du litige, ainsi que le travail et le temps que le représentant du recourant a dû y consacrer. En l'espèce, le Tribunal considère que la recourante est représentée par un mandataire qui n'exerce pas la profession d'avocat, que les frais de représentation sont faibles puisque le mémoire de recours (TAF pce 1) et la réplique (TAF pce 10), contenant une argumentation pertinente très succincte, tiennent sur une page, et que le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, qui représentait déjà le recourant devant l'autorité inférieure (voir supra let. B.c), connaissait donc le dossier au moment du recours. De surcroît, la cause ne présente pas une complexité particulière. Enfin, il sied de remarquer que la procédure est soumise à la maxime inquisitoire (voir supra consid. 3.1). En conséquence, il convient d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 500.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF).

C-845/2019 Page 27