



Arrêt du 11 mai 2022

Composition

Beat Weber (président du collège),
Michael Peterli, Viktoria Helfenstein, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
(France)
représentée par Charles Flory, C.P.T.F.E.,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 5 novembre 2018).

Faits :**A.**

La ressortissante française A. _____ (ci-après : assurée ou recourante), née le (...) 1962, célibataire, un enfant adulte, domiciliée en France, a travaillé en Suisse et cotisé aux assurances sociales de 1980 à 2015 (AI pces 11, 35). Sa dernière activité depuis 1990 jusqu'au 6 janvier 2015 (AI pce 11.2) a été dans l'industrie pharmaceutique à (...) (B. _____) en tant qu'employée à plein temps (activité de jour et de nuit par semaine et tournus d'équipe [3X8]) en charge de travaux de conditionnement (AI pces 11, 76.2 p. 7). A compter de début janvier 2015, elle a été atteinte dans sa santé en raison de lésions méniscales internes et externes du genou droit dont elle a été opérée le 13 avril 2015 (ménisectomie partielle; AI pce 16 p. 33) puis le 20 septembre 2016 (implantation d'une prothèse totale du genou; AI pce 26 p. 2). En date du 6 novembre 2015, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI du canton B. _____ (ci-après : OAI-B. _____; AI pce 5). Son contrat de travail a été résilié début mars 2016 (voir AI pce 76.1 p. 25 in fine, pce 76.10 p. 2) et elle a perçu des indemnités journalières perte de gain jusqu'au 31 mars 2017 (voir AI pces 58 p. 3, 60 p. 1).

B.

B.a L'OAI-B. _____ a instruit la demande du 6 novembre 2015 et collecté divers documents et rapports médicaux (cf. la documentation médicale infra consid. 9.1).

Le 20 juillet 2018, un rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre C. _____, requis par l'OAI-B. _____, a posé les diagnostics *avec incidence sur la capacité de travail* dans la dernière activité exercée de 1. syndrome lombaire droit pseudoradiculaire sur pseudo-spondylolisthesis L4-L5 ainsi que spondylarthrose modérée et 2. épisode dépressif avec syndrome somatique actuellement léger (CIM-10 F32.01) complétés des diagnostics *sans incidence sur la capacité de travail* : 1. arthralgie du genou droit sans corrélat handicapant suite à une prothèse totale du genou en septembre 2016, 2. dépendance anamnétique à l'alcool depuis plusieurs années, status actuel abstiné (CIM-10 F10.20), 3. forte suspicion de cirrhose du foie, status actuel sans indice de décompensation, 4. obésité de stade II (BMI 39kg/m²), 5. insuffisance veineuse, 6. abus dommageable de nicotine (CIM-10 F17.10), 7. status après hémorragie de phlébite et varices. Les experts n'ont pas retenu d'incapacité de travail de durée de plus

de 20% dans l'activité habituelle et de 15% dans une activité adaptée excepté de courtes périodes d'incapacité partielles et totales de travail d'au maximum trois mois en lien avec les deux opérations au genou droit de l'assurée les 13 avril 2015 et 20 septembre 2016 (AI pce 76 p. 7; cf. infra consid. 11.4 en détail).

Dans un rapport du 26 juillet 2018, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Service médical régional (SMR), a reconnu pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire et confirmé les incapacités et capacités de travail résiduelles retenues par les experts dans leur rapport de synthèse (AI pce 78). Dans son rapport il s'est écarté de ses premières appréciations d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle et d'une capacité de travail limitée dans une activité adaptée (cf. AI pces 20 p. 2, 33 p. 2, 42 p. 2, 54 p. 2, 63).

B.b Par un projet de décision du 20 août 2018, l'OAI-B. _____ a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a indiqué que sa capacité de travail était restreinte depuis janvier 2015 et qu'à la suite de son dépôt de demande de prestations AI le 6 novembre 2015 un droit théorique à une rente s'était ouvert au plus tôt le 1^{er} mai 2016. Il a indiqué qu'il était apparu du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 juillet 2018 du Centre C. _____ que sa capacité de travail dans son *activité habituelle* – qui pouvait être poursuivie à plein temps – était de 80% tenant compte de pauses supplémentaires nécessaires pour s'asseoir et que dans une *activité adaptée* sa capacité de travail n'était pas limitée. L'OAI-B. _____ a précisé que rétrospectivement sa capacité de travail était de 80% depuis juin 2015 dans son activité habituelle et que celle-ci avait été interrompue pendant 3 mois à compter de l'implantation de la prothèse du genou le 20 septembre 2016. Il a noté que son épisode dépressif depuis novembre 2016 pouvait être traité et ne fondait pas un état de santé invalidant. Enfin, relevant que l'assurée n'avait pas présenté pendant une année un taux d'invalidité de 40% au moins sans interruption notable, elle ne pouvait pas prétendre à une rente (AI pce 79).

B.c Par acte du 4 septembre 2018, l'assurée, représentée par Charles Flory du C.P.T.F.E, a contesté le projet de décision réservant envoyer des documents attestant de l'aggravation de sa santé (AI pce 80). L'OAI-B. _____ a le 10 septembre 2018 envoyé à l'assurée un cédérom comprenant les actes du dossier, l'invitant à se déterminer jusqu'au 12 octobre 2018 (AI pce 82). L'assurée n'a pas donné suite à cette invitation.

B.d Par décision du 5 novembre 2018, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a rejeté la demande de prestations avec la motivation du projet de décision précisant que celui-ci n'avait pas été matériellement contesté (AI pce 85).

C.

C.a Contre cette décision, A._____, représentée par son conseil, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) en date du 28 novembre 2018 (timbre postal) concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a fait valoir être reconnue invalide auprès des « instances médicales françaises », recevoir une rente versée par l'Organisme d'assurance maladie, ce qui devait être pris en compte, souffrir de multiples pathologies médicales. A son recours, elle a joint des documents administratifs attestant de la reconnaissance d'un statut de personne invalide, dont une décision du 15 juin 2018 de l'Assurance maladie E._____ la reconnaissant invalide de 2^e catégorie (invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque) depuis le 1^{er} février 2018, ainsi que sur le plan médical : un certificat du 27 mars 2017 (déjà au dossier [AI pce 60 p. 16]) de la Dre F._____, médecin généraliste traitant, un rapport du 8 octobre 2018 d'échographie et écho-doppler, un rapport du 19 octobre 2018 du Dr G._____, rhumatologue, et un certificat du 21 novembre 2018 de la Dre H._____, psychiatre (TAF pce 1 annexes; voir infra consid. 9.2).

C.b Par réponse au recours du 14 février 2019, l'OAIE a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée se référant, selon un document établi par l'OAI-B._____ pour l'OAIE, à la motivation de la décision attaquée et aux pièces du dossier (TAF pce 6). Il n'appert pas de cette réponse que l'OAI-B._____ ait soumis les documents médicaux joints au recours à son service médical en vue d'une détermination.

C.c Par un courrier du 21 février 2019, la recourante a produit à l'appui de son recours un rapport de scintigraphie osseuse du 13 février 2019 du Dr I._____ (TAF pce 7 annexe; voir infra consid. 9.2), lequel rapport a été transmis à l'OAIE par ordonnance du 12 mars 2019 (TAF pce 8).

C.d Par un courrier du 26 mars 2019, l'OAIE a porté à la connaissance du Tribunal que l'assurée avait été mise en France au bénéfice d'une pension d'invalidité de catégorie 2 à compter du 1^{er} février 2018 (décision de la Caisse Primaire d'Assurance maladie E._____ du 1^{er} mars 2019; TAF pce 10).

C.e Par un complément de réponse au recours du 11 avril 2019, l'OAIE a indiqué n'avoir rien à ajouter à la détermination de l'OAI-B. _____ ayant conclu au rejet du recours. Il appert que cette détermination n'a pas été complétée d'une prise de position du service médical de l'OAI-B. _____, suite à l'envoi du rapport du Dr I. _____ (TAF pce 11).

C.f Par réplique du 18 juin 2019, la recourante a produit deux nouveaux rapports médicaux : une attestation du 26 avril 2019 de la Dre F. _____ et un rapport du 13 mai 2019 du Dr J. _____, praticien hospitalier (TAF pce 14 annexes; voir infra consid. 9.2).

C.g Par duplique du 18 juillet 2019, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée se référant à la prise de position du 15 juillet 2019 de l'OAI-B. _____ indiquant n'avoir rien à ajouter (TAF pce 16).

C.h Par ordonnance du 23 juillet 2019, notifiée le 31 juillet 2019, le Tribunal a communiqué la duplique à la recourante pour connaissance et a mis un terme à l'échange des écritures (TAF pces 17 s.).

Droit :

1.

1.1 Selon l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF non réalisées en l'espèce, le Tribunal de céans, en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE. La décision litigieuse ayant été prise par l'OAIE, le Tribunal est compétent.

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

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

1.4 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance sur les frais présumés de procédure de 800.- francs ayant été payée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA, art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI; AI pces 2, 4), le recours est recevable.

2.

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 (al. 2), tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 3). Compte tenu du domicile de la recourante en France et de son dernier travail en Suisse (...) comme frontalière, c'est à juste titre que l'OAI-B. _____ a enregistré et instruit la demande, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

3.

Le litige a pour objet une demande de prestations d'invalidité formée par une ressortissante française frontalière domiciliée en France ayant travaillé en Suisse. En particulier, il porte sur le bien-fondé du rejet de toute prétention à une rente d'invalidité.

4.

4.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier. La recourante étant ressortissante française, ayant travaillé en Suisse et étant domiciliée en France, État membre de l'Union européenne (UE), 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 États membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP et l'art. 80a LAI font référence depuis le 1^{er} 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). À compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États 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).

4.2 Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n°883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre État membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009), mais ne préjuge pas le droit à une rente suisse.

4.3 En l'espèce, la recourante fait valoir qu'elle a été reconnue en France invalide de 2^e catégorie depuis le 1^{er} février 2018 et se prévaut de cette reconnaissance dans le cadre de la présente demande de prestations suisses sans que cela ne puisse préjuger quelque droit.

5.

5.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). L'autorité administrative et, en cas de recours, le Tribunal constatent les faits d'office (cf. art. 12 PA, art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA). Par conséquent, il leur appartient d'établir d'office un constat conforme et complet des faits pertinents (ATF 136 V 376 consid. 4.1.1). La maxime inquisitoire ne s'applique pas de manière illimitée. Elle a pour corollaire l'obligation faite aux parties de collaborer à l'instruction (cf. art. 13 PA et art. 43 LPGA; voir également ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a).

5.2 L'administration et, en cas de recours, le Tribunal ne tiennent pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Sauf dispositions contraires de la loi, ils ne fondent leur décision que sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré comme constituant une simple hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a, 121 V 208 consid. 6b ainsi que les références). Ils peuvent renoncer à l'administration d'une preuve s'ils acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourra les amener à modifier leur opinion (ATF 130 III 425 consid. 2.1, 125 I 127 consid. 6c/cc in fine; arrêts du TF 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.2, 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 42 n° 31).

5.3 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 132 V 105 consid. 5.2.8). 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, 2^e éd., 2013, p. 25 n. 1.55).

6.

6.1 Le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 et 132 V 215 consid. 3.1.1). Ainsi en est-il de la LAI et du RAI au moment de la décision dont est recours, soit dans leur teneur au 5 novembre 2018. Les modifications entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et ultérieurement, notamment le 1^{er} janvier 2022 sur les degrés d'invalidité (RO 2021 705, FF 2017 2363), ne sont pas applicables. Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

6.2 Le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V consid. 4) et soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

6.2.1 En l'espèce, la recourante a produit après le rapport d'expertise du Centre C. _____ du 20 juillet 2018 plusieurs documents médicaux établis peu après la décision attaquée du 5 novembre 2018 et qui sont en lien avec les atteintes de l'assurée au moment de la décision rendue (voir infra consid. 9.2). L'OAI-B. _____ n'a cependant pas soumis à son service médical ces documents afin que celui-ci se détermine à leur sujet dans le cadre de l'échange ordinaire des écritures (réponse, réplique, duplique) devant ce tribunal, le gestionnaire du dossier AI ayant seul apprécié lesdits documents et conclu au maintien de la décision attaquée. Or les documents médicaux en question en lien avec les atteintes à la santé au moment de la décision rendue doivent être pris en considération par le Tribunal selon la maxime inquisitoire (consid. 5.1 supra) et vu l'art. 32 al. 2 PA selon lequel des allégués tardifs peuvent être pris en considération s'ils paraissent décisifs, mais in casu avec réserve vu le défaut de détermination du service médical de l'OAI-B. _____, le Tribunal n'ayant pas de compétences médicales (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.2; arrêt du TF 9C_437/2012 du 6 novembre 2012 consid. 3.2).

6.2.2 Il sied de rappeler qu'il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré. En particulier, poser un diagnostic, comme apprécier un diagnostic, relève de la tâche exclusive des médecins et ne relève pas du gestionnaire du dossier AI ni de l'autorité de recours. Il appartient aussi aux médecins de décrire l'incidence, les limitations fonctionnelles des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue sous l'angle médical, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Enfin, il revient aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2).

6.2.3 L'OAI-B. _____ n'ayant pas respecté ces délimitations (voir également infra les consid. 11.5 et 12.4.2.2 relativement à l'appréciation manquante du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire par le service médical de l'OAI-B. _____), il conviendra d'examiner ultérieurement si l'instance précédente a néanmoins établi les faits - sous l'angle médical - de manière correcte ou si un complément d'instruction s'avère juridiquement nécessaire à la suite de l'arrêt rendu (cf. infra consid. 13.3 et 14.1).

7.

7.1 Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004).

7.2 En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans (cf. supra A). Elle remplit la condition afférente à la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

8.

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

8.2 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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 LPG) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 3), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant

suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement [CE] n° 883/04).

8.3 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 2 LAI).

L'assurée ayant déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité suisse le 6 novembre 2015, le droit éventuel à une rente ne s'ouvre au plus tôt qu'à partir du 1^{er} mai 2016 (consid. 8.3 § 1) et à l'issue du délai de carence d'une année suivant l'incapacité de travail (consid. 8.1).

8.4 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle 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).

8.4.1 L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 6). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

8.4.2 Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

La loi ne définit pas la notion d'« incapacité de travail de longue durée » de l'art. 6 LPGA pour qu'un changement de profession ou d'activité puisse être exigible. Selon les travaux préparatoires, elle est « en règle générale plus de six mois » (rapport commission CE in: FF 1991 II 181, 244) à moins qu'il apparaisse clairement, en fonction des constatations médicales à disposition, que la personne assurée ne sera plus en mesure de récupérer sa capacité de travail dans la profession habituelle (MARGRIT MOSER-SZELESS, in: Dupont/Moser-Szeless (Edit.), CR Loi sur la partie générale des assurances sociales (cité: Commentaire LPGA), art. 6 n° 36; ANDREAS TRAUB, in: Frésard-Fellay/Klett/Lösinger (Edit.), BSK Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2019, art. 6 n° 7). Selon l'art. 16 LPGA, la détermination du revenu d'invalidité suppose que les traitements et les mesures de réadaptation exigibles aient été effectués au préalable (cf. ég. art. 7 al. 1 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.3.2). Ce n'est qu'une fois que toutes les possibilités de réadaptation ont été utilisées ou qu'il est clair que de telles mesures ne sont pas nécessaires pour maintenir ou améliorer la capacité de gain de la personne assurée que le revenu d'invalidité peut être déterminé (MOSER-SZELESS, Commentaire LPGA, art. 16 n° 28), implicitement que l'exercice d'une activité adaptée peut être exigible (voir ég. ATF 114 V 281 consid. 1d).

8.5 En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

8.6 En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI. Selon son al. 1, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), 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 maintienne 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. Selon son al. 2, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité

d'accomplir les travaux habituels se dégrade (...) ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'al. 2, 2^e phrase, réserve l'application par analogie de l'art. 29^{bis} RAI, in casu non applicable.

8.7

8.7.1 Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. 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 assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 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 ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

8.7.2 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 33).

8.7.2.1 Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu

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

8.7.2.2 S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2^{bis} LAI, art. 49 al. 2 RAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même faibles, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 125 V 351 consid. 3b ee, 123 V 175 consid. 3d, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêts du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1).

8.7.2.3 Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante.

8.8 Depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 s., en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, base de l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine, 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 4 n° 22).

9.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAIE, respectivement l'OAI-B. _____, a porté au dossier les documents ci-après :

9.1 Devant l'autorité inférieure :

- un questionnaire à l'employeur des 5/11 février 2016 indiquant une activité exercée à 100% depuis le 7 mai 1990, un dernier jour ouvré le 5 janvier 2015, un contrat de travail non résilié, un revenu annuel en 2015 et 2016 de

Fr. 79'014.- + un bonus annuel d'env. 10% + une indemnité annuelle de travail d'équipe jour/nuit d'env. Fr. 17'800.- (AI pce 11.1) ;

- un rapport du 10 février 2015 de scanner lombosacré notant en L5-S1 une protrusion discale sans compression radiculaire, en L2-L3-L4-L5 de l'arthrose interapophysaire postérieure bilatérale, pour mémoire un bec ostéophytique vertébral en L3-L4-L5 d'origine arthrosique, des antécédents de hernie intra spongieuse (AI pce 46 p. 32) ;
- un rapport du 12 février 2015 de radiographie du genou et d'échographie et echo doppler du membre inférieur droit (MID) concluant à l'absence d'anomalie radiographique visible au niveau du genou droit et à l'absence d'anomalie échographique ou hémodynamique décelable au niveau du MID (AI pce 46 p. 30) ;
- un rapport du 12 février 2015 du Dr K. _____, spécialiste en neurochirurgie, n'observant pas de syndrome lombovertébral manifeste, pas d'atteinte neurologique objective, pas de compression disco-radiculaire pouvant expliquer une sciatgie, notant un Lasègue en fin de course avec irradiation sur la face postérieure de la cuisse, ne relevant pas de compression disco-radiculaire selon un TDM lombaire (AI pce 46 p. 31) ;
- un courrier du 11 mars 2015 du Dr L. _____, chirurgien orthopédiste, à la Dre F. _____, médecin généraliste traitant, notant un status après entorse et arthroscopie en 2000 du genou droit, observant un genou droit sec, froid, hyperalgique à la sollicitation du ménisque interne, notant surtout à gauche un épanchement du genou avec des douleurs internes (AI pce 16 p. 35) ;
- un rapport du 16 mars 2015 d'arthroscanner du genou droit concluant à une lésion modérée cartilagineuse de la face postéro-externe de la rotule ainsi que du cartilage articulaire du compartiment externe du genou à sa partie postérieure se traduisant uniquement par un amincissement sans lésion osseuse associée (AI pce 46 p. 28) ;
- un rapport d'examen radiologique du 26 mars 2015 des genoux et membres inférieurs notant un pincement modéré des compartiments internes des deux côtés, pas d'autre anomalie notable, une déviation du bassin vers la gauche de 4 mm (AI pce 46 p. 33) ;
- un rapport du 7 avril 2015 du Dr L. _____ à la Dre F. _____, médecin traitant, faisant état de douleurs des deux genoux, de l'absence d'infection inflammatoire rhumatismale, d'une arthrose fémoro-patellaire avec subluxation de la rotule du côté droit avec un début d'arthrose externe (AI pce 16 p. 34) ;
- un courrier du 15 avril 2015 du Dr L. _____, à la Dre F. _____, faisant état de ménisectomies partielles du genou droit sous arthroscopie réalisées le 13

- avril 2015 et du constat en peropératoire d'une chondropathie sévère et d'une chondropathie stade 2 au niveau du compartiment interne (AI pce 16 p. 33) ;
- sept courriers des 22 mai, 17 juin (consultation du 9 juin), 27 juillet, 25 août (consultation du 21 août), 29 septembre, 17 novembre et 24 décembre 2015 du Dr L. _____ à la Dre F. _____ notant une difficile amélioration de la fonctionnalité du genou bien que celui-ci soit selon les derniers constats objectivement sec, froid et libre (AI pce 16 p. 26-32) ;
 - un rapport de radiographie du genou droit du 25 janvier 2016 mentionnant notamment une arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale bilatérale légèrement prédominante au niveau de sa partie médiale, n'indiquant pas de signe d'ostéonécrose nettement visible, pas d'épanchement intra-articulaire, pas de chondrocalcinose (AI pce 17 p. 3) ;
 - un rapport non daté (enregistré par l'OAI-B. _____ le 12 avril 2016) du Dr L. _____, à l'adresse de l'OAI-B. _____, faisant état de gonarthrose à droite et d'une incapacité de travail de 100% du 3 mars 2015 au 31 janvier 2016, l'activité exercée n'étant d'un point de vue médical plus exigible (AI pce 13) ;
 - un courrier du 18 février 2016 du Dr L. _____ à la Dre F. _____ relevant que le genou droit ne s'améliore guère et de toute façon pas assez pour que la patiente puisse reprendre ses activités professionnelles. Le chirurgien constate un genou sec et froid mais douloureux, surtout en arrière. Il note envisager une dernière visco-supplémentation avant de penser à une arthroplastie par prothèse totale (AI pce 16 p. 24) ;
 - un rapport du 14 mars 2016 du Dr L. _____ à la Dre F. _____ notant un état fonctionnel perturbé par deux chutes, l'une avec une douleur coccygienne importante (AI pce 16 p. 23) ;
 - un courrier du 6 avril 2016 du Dr L. _____ à la Dre F. _____ indiquant l'échec totale d'une tentative de visco-supplémentation et la programmation d'une prothèse du genou pour le 25 avril 2016 (AI pce 16 p. 22) ;
 - un compte rendu du 9 mai 2016 d'échographie abdominale du Dr M. _____, spécialiste des maladies du foie et de l'appareil digestif, notant une importante splénomégalie, pas d'hypertension pulmonaire, un foie d'aspect compatible avec une cirrhose (AI pce 17 p. 2) ;
 - un rapport de laboratoire du 27 mai 2016 du Dr M. _____ faisant état de thrombopénie, notant qu'à l'échographie abdominale il y a une importante splénomégalie, pas d'hypertension portale, un foie d'aspect compatible avec une cirrhose, pas de signe de complication, relevant à la gastroscopie une gastrite antrale érythémateuse sans perte de substance, pas d'hypertension portale, concluant à une cirrhose éthylique (AI pce 16 p. 8 et 20) ;

- un rapport de radiologie du 9 juin 2016 indiquant une image thoracique normale (AI pce 16 p. 7) ;
- un rapport du 17 juin 2016 de la Dre F. _____ posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgie droite, chondropathie sévère, cirrhose éthylique, dépression secondaire, thrombopénie et, sans répercussion sur la capacité de travail, de problèmes dentaires, surpoids, exogénose, tabagisme. Elle note une incapacité de travail de 100% à compter du 5 février 2016, un état de santé s'aggravant, un pronostic défavorable mais favorable en cas de sevrage alcoolique (AI pce 16 p. 1) ;
- un rapport du 22 juin 2016 de la Dre F. _____ notant une évolution défavorable depuis un an et demi du genou, la proposition d'une prothèse totale du genou droit reportée en raison d'une thrombopénie et transaminase élevées, un état de santé incompatible avec une activité professionnelle (AI pce 17) ;
- un rapport du 28 juillet 2016 du Dr N. _____, opérateur, notant à l'examen clinique des douleurs diffuses du genou surtout en péri-rotulienne, une bonne mobilité articulaire, un épanchement articulaire de moyenne abondance, un genou axé stable sans laxité périphérique, pas de troubles trophiques locaux, ne relevant pas sur radiographie de signes de gonarthrose avancée (AI pce 46 p. 24) ;
- un rapport du 3 août 2016 sur dossier du Dr D. _____, spécialiste en orthopédie chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur du Service médical régional (SMR), relevant une atteinte à la santé au niveau des articulations des genoux plus à droite qu'à gauche, l'indication d'une prothèse du genou droit repoussée en raison d'une cirrhose du foie avec thrombopénie. Le médecin note que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée depuis février 2015 mais qu'une activité adaptée principalement assise (5-6 h./j.) aurait pu être exercée quelque 8 semaines après l'arthroscopie [mi-juin 2015] jusqu'à l'opération planifiée de la prothèse du genou (AI pce 20 p. 2) ;
- un rapport d'examen du 8 août 2016 de scintigraphie osseuse concluant à l'absence d'argument scintigraphique en faveur d'une algodystrophie du genou droit, notant de discrets signes d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale (AI pce 59 p. 11) ;
- un rapport du 16 septembre 2016 du Dr O. _____, cardiologue, ne retenant pas d'anomalie cardio-vasculaire objectivable vu une prochaine arthroplastie (AI pce 46 p. 20) ;
- un compte rendu opératoire du 20 septembre 2016 (Dr N. _____) indiquant une arthroplastie totale du genou droit en raison d'une gonarthrose tricompartmentale invalidante (AI pce 26 p. 2) ;

- un rapport du 26 septembre 2016 du Dr N. _____ notant une arthroplastie du genou droit, effectuée le 20 septembre, avec suites postopératoires immédiates simples, une radiographie de contrôle satisfaisante, une bonne mobilité, une marche avec béquilles (AI pce 58 p. 2) ;
- un rapport du 2 janvier 2017 du Dr N. _____ notant des douleurs diffuses surtout de la jambe au niveau du mollet avec œdème s'étendant à la cheville, un genou sec sans signes inflammatoires ou infectieux locaux, concluant à une symptomatologie péri articulaire d'allure vasculaire et lymphatique, notant l'absence de signe d'appel sur la prothèse (AI pce 31 p. 4) ;
- un certificat d'incapacité de travail du 2 janvier 2017 du Dr N. _____ jusqu'au 5 mars 2017 (AI pce 46 p. 6) ;
- un courriel du 4 janvier 2017 de la Dre P. _____, angiologue et spécialiste en exploration vasculaire, à l'adresse du Dr N. _____ relevant l'absence de signe écho-doppler en faveur d'une thrombose veineuse superficielle ou profonde récente des membres inférieurs, mais une insuffisance veineuse superficielle aggravée par la surcharge pondérale, notant une mobilité réduite et un manque de flexion du genou (AI pce 31 p. 3) ;
- un rapport médical intermédiaire du 20 janvier 2017 de la Dre F. _____ indiquant un état de santé stationnaire incompatible avec une activité professionnelle, posant les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de gonalgie droite, prothèse totale du genou droit en septembre 2016, broncho-pneumopathie tabagique, thrombopénie, syndrome anxieux, syndrome migraineux, cirrhose éthylique en amélioration suite à un sevrage, lombarthrose, tendinopathie calcifiante du sus épineux de l'épaule droite, cervicarthrose, notant des déplacements avec grandes difficultés et une boiterie, le suivi d'un traitement antalgique et anxiolytique, un besoin d'aide régulière par une tierce personne pour les gestes quotidiens depuis septembre 2016 (AI pce 31 p. 1) ;
- un rapport du 6 février 2017 du Dr N. _____ notant la persistance d'une douleur diffuse du genou et du membre inférieur droit, n'observant au genou pas de signes inflammatoires locaux ni infectieux, relevant une atrophie du quadriceps, des douleurs lombaires d'apparition récente, une prise de poids de 5kg, un terrain anxieux et fragile, des radiographies au contenu normal, préconisant une scintigraphie du genou pour éliminer [la suspicion d']une algodystrophie (AI pce 34) ;
- un rapport du 8 février 2017 sur dossier du Dr D. _____ du SMR, relevant, selon les derniers contrôles des 20 septembre 2016 et 2, 4 et 20 janvier 2017, les diagnostics de gonarthrose bilatérale plus à gauche, cirrhose du foie avec thrombopénie, humeur dépressive, notant un trouble de la santé de durée ayant une incidence sur la capacité de travail, une douleur persistante au niveau de l'articulation du genou ayant des effets sur les déplacements et la

mobilité, un état de santé non stabilisé. La capacité de travail dans l'activité habituelle est niée mais une capacité de travail dans une activité adaptée légère en position assise est appréciée possible à 50% à compter du 1^{er} janvier 2017 avec une amélioration du taux en fonction de l'évolution de la réhabilitation du genou (AI pce 33 p. 2) ;

- un rapport de scintigraphie osseuse du 28 février 2017 de la Dre Q. _____ (Pôle d'imagerie médicale) concluant à un examen compatible avec une réaction neuro-algodystrophique modérée du genou droit (AI pce 37 p. 2) ;
- un rapport du 6 mars 2017 du Dr N. _____ notant la persistance d'une douleur diffuse du genou droit avec limitation de l'amplitude articulaire, une cirrhose hépatique, un éthylysme chronique, observant un œdème au niveau du genou sans signes infectieux locaux, notant des douleurs permanentes avec une gêne fonctionnelle, indiquant suite à une scintigraphie du genou une réaction neuro-algodystrophique modérée et selon un examen de radiographie pas de signe de descellement de la prothèse (AI pce 36 p. 2, voir ég. 37 p. 2) ;
- un certificat d'incapacité de travail du 6 mars 2017 du Dr N. _____ jusqu'au 5 juin 2017 avec l'indication algodystrophie sur prothèse totale du genou droit (AI pce 46 p. 5) ;
- une attestation du 20 juin 2017 de la Dre F. _____ aux termes de laquelle l'assurée présente un état de santé incompatible avec une activité professionnelle (AI pce 46 p. 12) ;
- un rapport intermédiaire du 21 juin 2017 de la Dre F. _____ répétant ses informations précédentes, indiquant une dépression secondaire, un lymphœdème du membre inférieur droit, notant un état de santé s'aggravant (AI pce 40 p. 1) ;
- un courrier du 23 juin 2017 de la Dre P. _____ à la Dre F. _____ l'informant de l'absence de signe écho-doppler en faveur d'une thrombose veineuse superficielle ou profonde récente des membres inférieurs (AI pce 46 p. 11) ;
- un rapport du 13 juillet 2017 du Dr D. _____ retenant les diagnostics d'algodystrophie du genou droit sur le status après pose d'une prothèse totale du genou en septembre 2016 et de gonarthrose, de lymphœdème de la jambe droite, de dépression réactive. Il note que le traitement de l'algodystrophie prend généralement beaucoup de temps et qu'un résultat est difficile à prévoir. Il indique une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et également dans une activité adaptée depuis l'implantation de la prothèse du genou (AI pce 42 p. 2) ;
- un courriel du 19 juillet 2017 du Dr R. _____ (spécialisation non indiquée) évoquant une échographie et un echo doppler du membre inférieur gauche

suite à une volumineuse masse hétérogène au niveau du mollet, d'origine non définie (AI pce 45) ;

- des examens sérologiques des 6 et 26 juillet 2017 (AI pces 46 p. 9 et 10) ;
- une attestation du 14 août 2017 de la Dre F. _____ selon laquelle l'assurée est inapte à rouler en voiture en raison d'un syndrome algodystrophique sur prothèse totale du genou droit et d'un hématome de la jambe gauche (AI pce 46 p. 8) ;
- une attestation du 14 août 2017 de la Dre H. _____, psychiatre, selon laquelle l'assurée est suivie ambulatoirement depuis le 29 novembre 2016 à raison d'une consultation par mois (AI pce 46 p. 7) ;
- un courriel du 29 août 2017 du Dr R. _____ à la Dre F. _____ ne retenant à l'échographie du mollet gauche, suite à l'évacuation d'un hématome de 20cc audit mollet, l'absence d'anomalie hémodynamique artérielle ou veineuse (AI pce 47) ;
- un rapport du 2 octobre 2017 d'échographie doppler des membres inférieurs et de radiographie du genou droit dont il n'appert pas de thrombose veineuse profonde ou superficielle au niveau des deux jambes, relevant au niveau du genou droit un petit épanchement liquide articulaire prédominant en arrière du quadriceps, une prothèse du genou en place sans signe de descellement ni subluxation rotulienne, la persistance d'un hématome hétérogène au niveau du mollet gauche (AI pce 49 p. 3) ;
- un rapport du 28 novembre 2017 de la Dre F. _____ mentionnant un état de santé dégradé en raison de l'aggravation de la gonalgie droite sur un syndrome d'algodystrophie postopératoire, de douleurs au niveau de la jambe gauche et de l'aggravation du syndrome anxio-dépressif (AI pce 59 p. 18) ;
- un rapport du 8 décembre 2017 sur dossier du Dr D. _____ aux termes duquel ce médecin confirme une incapacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée compte tenu de l'algodystrophie post prothèse du genou. Il relève qu'en l'état du dossier on ne peut se prononcer ni sur l'état de santé actuel ni sur la capacité de travail future, que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 0% depuis l'implantation de la prothèse totale du genou, son appréciation n'ayant pas changé depuis le 13 juillet 2017 (AI pce 54 p. 2) ;
- un rapport du 20 décembre 2017 de la Dre F. _____ énonçant les diagnostics de i) gonalgie droite invalidante, ii) arthroscopie du genou droit en avril 2015, iii) chondropathie sévère stade II + genum valgum, ménissectomie partielle, viscosupplémentation, iv) prothèse totale du genou droit le 20 septembre 2016, v) réaction neuro-algodystrophique modérée du genou (scintigraphie de

février 2017), vi) hématome de 20cc au niveau du muscle gastrocnémien médial en cours de résorption, vii) cirrhose éthylique en rémission, broncopneumonie chronique, viii) thrombopénie, ix) anxiété, dépression secondaire à la perte d'emploi, x) migraines, xi) cervicarthrose, lombarthrose, xii) entésopathie calcifiante du sus épineux de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, xiii) dyslipidémie mixte, intolérance aux statines, xiv) insuffisance veineuse des membres inférieurs. Le médecin indique un état de santé s'aggravant, une incapacité de travail totale du 5 février 2015 au 28 février 2018, un licenciement (recte : perte d'indemnités journalières) le 31 mars 2017 (voir AI pce 76.1 p. 25 in fine et supra A), un état de santé incompatible avec une activité professionnelle pour tout type d'activité (AI pce 60 p. 1) ;

- une attestation du 21 décembre 2017 de la Dre H. _____, psychiatre, faisant état d'un suivi psychiatrique et de la nécessité d'augmenter le dosage des médicaments psychotropes (AI pce 60 p. 6) ;
- un rapport du 31 janvier 2018 du Dr D. _____ préconisant une expertise orthopédique/rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne (AI pce 63) ;
- une attestation du 22 février 2018 de la Dre H. _____, psychiatre, indiquant un suivi depuis novembre 2016 à raison d'une consultation par mois et la médication : Effexar® LP 75mg : 1 cp, Effexar® LP 37.5 mg : 1 cp, Lexonil® 6mg : 1 cp (AI pce 76.9 p. 1) ;
- un rapport de radiologie du 22 mai 2018 du Dr S. _____ indiquant : – colonne lombaire : pseudospondylolisthesis L4/5 avec glissement ventral de L4 sur L5 d'env. 7 mm en position debout, ostéochondrose L2/3, spondylose ventrale accentuée L3/4, spondylarthrose modérée dans la zone mi inférieure de la colonne lombaire, – genou droit : présentation régulière du genou après prothèse totale et présentation normale des structures osseuses limitrophes, tissus mous péri articulaires normaux, – articulation de la cheville droite : présentation régulière du haut de l'articulation de la cheville avec un espace articulaire normalement large, éperon osseux calcanéen relativement prononcé dans le trajet du rayon latéral, structure osseuse de l'articulation de la cheville et de l'arrière-pied normale (AI pce 76.7) ;
- un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 juillet 2018 (examens des 17 et 22 mai 2018) du C. _____ posant les diagnostics *avec incidence sur la capacité de travail* dans la dernière activité exercée de 1. syndrome lombaire droit pseudoradiculaire sur pseudo-spondylolisthesis L4-L5 ainsi que spondylarthrose modérée et 2. épisode dépressif avec syndrome somatique actuellement léger (CIM-10 F32.01) complétés de diagnostics *sans incidence sur la capacité de travail* : 1. arthralgie du genou droit sans corrélat handicapant suite à une prothèse totale du genou en septembre 2016, 2. dépendance

anamnestique à l'alcool depuis plusieurs années, status actuel abstinent (CIM-10 F10.20), 3. forte suspicion de cirrhose du foie, status actuel sans indice de décompensation, 4. obésité de stade II (BMI 39kg/m²), 5. insuffisance veineuse, 6. abus dommageable de nicotine (CIM-10 F17.10), 7. status après hémorragie de phlébite et varices. Rétrospectivement, les experts retiennent a) dans l'*activité habituelle*, une capacité de travail de 80% à partir de janvier 2015, une incapacité de travail de 100% dès le 13 avril 2015 de 6 semaines, une capacité de travail de 80% à compter du 1^{er} juin 2015, une incapacité de travail de 100% dès le 20 septembre 2016 (implantation de la prothèse du genou) de 3 mois jusqu'au 20 décembre 2016 suivie d'une capacité de travail de 60% jusqu'à fin février 2017, une capacité de travail de 80% à partir du 1^{er} mars 2017 tenant compte de la nécessité de pauses et d'une diminution de rendement ; b) dans une *activité adaptée*, à compter de novembre 2014 une pleine capacité de travail, après l'intervention du genou droit le 13 avril 2015 une incapacité de travail de 100% pendant 4 semaines, suivie d'une capacité de travail de 100% jusqu'au 20 septembre 2016, date à partir de laquelle l'incapacité de travail est de 100% et dès le 20 décembre 2016 d'une capacité de travail de 85% tenant compte de la nécessité de pauses et d'une baisse de rendement de 10-20% (AI pce 76 p. 10 s.; cf. infra consid. 11) ;

- un rapport du 26 juillet 2018 du Dr D. _____ du SMR, reconnaissant valeur probante au rapport d'expertise pluridisciplinaire C. _____ du 20 juillet 2018 (orthopédie/psychiatrie/médecine interne) et confirmant les périodes et évaluations de capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée (AI pce 78 p. 4).

9.2 A la suite du recours interjeté :

- un rapport du 8 octobre 2018 d'échographie et écho-doppler du membre inférieur gauche, du rachis lombo-sacré, du bassin, des genoux droit et gauche concluant à une nette régression de l'hématome du mollet gauche, à l'inexistence d'une thrombose veineuse récente ou de séquelles thrombotiques, à une discarthrose L3-L4 et L4-L5 avec arthrose articulaire lombaire basse modérée (TAF pce 1 annexe) ;
- un rapport du 19 octobre 2018 du Dr G. _____, rhumatologue, indiquant selon l'intéressée une impotence fonctionnelle majeure l'empêchant de monter des escaliers et de conduire une voiture. Le médecin observe une déambulation caricaturale avec une boiterie droite manifestement majorée, une impossibilité alléguée à obtenir une flexion du genou droit alors que lors du déshabillage l'intéressée atteint au moins 90° et même 140° bilatéralement après que son attention a été détournée. Le médecin note des douleurs diffuses à la palpation, un bilan radiographique récent n'objectivant pas d'image de descellement (TAF pce 1 annexe) ;

- un certificat du 21 novembre 2018 de la Dre H. _____, psychiatre, attestant d'un suivi à raison d'une consultation mensuelle pour un trouble dépressif majeur, évoluant dans un contexte de licenciement et intervention chirurgicale au genou droit, accompagné d'un traitement antidépresseur, notant la persistance d'un syndrome dépressif net rendant la patiente inapte à reprendre le travail (TAF pce 1 annexe) ;
- un rapport de scintigraphie osseuse du 13 février 2019 du Dr I. _____ concluant par rapport à un précédent examen du 28 février 2017 à une stabilité relative de l'hyperfixation modérée aux trois temps de l'examen du genou droit, témoignant de la persistance d'un syndrome neuro-algodystrophique et avec une légère extension de l'atteinte sur le fémur et le tibia (TAF pce 7 annexe) ;
- une attestation du 26 avril 2019 de la Dre F. _____ selon laquelle la patiente souffre d'un syndrome neuro-algodystrophique au niveau du fémur et du tibia du membre inférieur droit (scintigraphie osseuse du 13 février 2019) suite à la mise en place d'une prothèse totale du genou droit le 20 septembre 2016 avec répercussion sur la marche – déplacement difficile – et syndrome dépressif secondaire (TAF pce 14 annexe) ;
- un rapport du 13 mai 2019 du Dr J. _____ (service de la douleur, praticien hospitalier) faisant état des atteintes et douleurs connues, de deux scintigraphies des 28 février 2017 et 13 février 2019 montrant la persistance d'un syndrome neuro algodystrophique avec une légère extension au fémur et au tibia, relevant notamment à l'examen clinique des gonalgies antérieures droites en particulier à la marche, des lombalgies basses avec sciatalgies S1 droite, des troubles de la sensibilité qui s'étendent à l'ensemble du membre inférieur droit (TAF pce 14 annexe).

10.

10.1 L'OAIE, respectivement l'OAI-B. _____, a rejeté la demande de rente de l'assurée en se fondant sur les principales conclusions de l'expertise C. _____ du 20 juillet 2018 ayant établi les incapacités de travail médico-théoriques. Il a fait valoir que la capacité de travail de l'assurée était restreinte depuis janvier 2015 et, à la suite de sa demande de prestations AI du 6 novembre 2015, qu'un droit théorique à une rente s'était ouvert au plus tôt le 1^{er} mai 2016. Il a retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle pouvant être poursuivie à plein temps avec un rendement de 80% tenant compte de pauses supplémentaires nécessaires pour s'asseoir et une capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'OAI-B. _____ a précisé que rétrospectivement la capacité de travail de l'assurée était de 80% depuis juin 2015 dans son activité habituelle et que celle-ci avait été interrompue pendant 3 mois à compter de l'implantation

de la prothèse du genou le 20 septembre 2016. Il a noté que son épisode dépressif depuis novembre 2016 pouvait être traité et ne fondait pas un état de santé invalidant. Enfin, relevant que l'assurée n'avait pas présenté pendant une année en moyenne un taux d'invalidité de 40% au moins sans interruption notable et un tel taux à l'issue de ce délai d'attente – l'expertise ayant retenu une incapacité de travail de 20% en raison d'atteinte à la santé somatique – l'OAI-B. _____ a retenu que l'assurée ne pouvait pas prétendre à une rente faute d'un taux minimum de 40% d'invalidité (AI pce 83).

10.2 A l'encontre de la décision du 5 novembre 2018, la recourante a fait valoir souffrir de multiples pathologies médicales et être reconnue invalide par la sécurité sociale française, ce qui devait être pris en considération de son avis. Elle n'a pas élevé de griefs particuliers à l'encontre de l'expertise du Centre C. _____. Elle a conclu au versement d'une rente d'invalidité. A l'appui de son recours, elle a notamment joint une décision du 15 juin 2018 de l'Assurance maladie E. _____ la reconnaissant invalide de 2^e catégorie (invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque) depuis le 1^{er} février 2018 et de nouveaux rapports médicaux (cf. consid. 9.2).

10.3 D'emblée, la Cour observe que l'OAIE, respectivement l'OAI-B. _____, n'a transcrit que partiellement les conclusions des experts dans la décision entreprise et n'a pas étayé la décision de rejet de rente dans sa réponse au recours. En particulier, il n'a pas indiqué les raisons pour lesquelles il s'est distancé des conclusions du rapport des experts du Centre C. _____ et de celles retenues par le Dr D. _____ du SMR les ayant confirmées. L'OAIE n'a en effet pas retenu d'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assurée en mai 2015, ni partielle de 40% du 20 décembre 2016 à février 2017 après la période de trois mois suivant l'opération du 20 septembre 2016. Aussi, la décision de l'OAIE ne s'est fondée que sur l'incapacité de travail sans évaluer l'invalidité proprement dite résultant de l'incapacité de travail retenue au final de 20% qui n'est pas égale au taux d'invalidité dans l'activité habituelle du fait que les rapports de travail ont été résiliés et que l'activité antérieure aux conditions salariales de celle-ci et l'activité en soirée et de nuit (mieux rémunérée) ne peuvent plus être exercées. L'OAIE, respectivement l'OAI-B. _____, ne s'est également pas prononcé sur les nouveaux rapports médicaux présentés par l'assurée à la suite de son recours, ceux-ci n'ayant pas été adressés à son service médical pour appréciation de leur pertinence quant à la demande de prestations d'invalidité en cours (cf. supra C.g). Il sied par ailleurs de relever que si le Dr D. _____ du SMR, en qualité de spécialiste

en orthopédie, s'est prononcé sur le rapport d'expertise, l'OAI-B. _____ n'a pas soumis le rapport d'expertise à un médecin psychiatre du SMR pour appréciation du volet psychiatrique de l'expertise alors qu'un diagnostic avec une incidence sur la capacité de travail y a été retenu, nécessitant de ce fait un examen selon une procédure probatoire structurée, respectivement l'appréciation d'un tel examen (cf. supra consid. 8.8). Il sera revenu ultérieurement sur ces observations dans la mesure de leur pertinence quant à l'examen de la décision attaquée.

11.

Le rapport d'expertise du Centre C. _____ du 20 juillet 2018 à la base de la décision attaquée a été établi par des spécialistes dans leurs domaines d'investigation. Il contient un résumé des pièces au dossier et une anamnèse complète ; il se fonde sur des examens circonstanciés de l'état de santé pratiqués sur la personne de l'assurée. Les plaintes exprimées par cette dernière ont été prises en compte. Les points litigieux quant aux *atteintes actuelles* ont fait l'objet d'examens. L'appréciation de la situation médicale *au moment de l'expertise* est complète et discutée quant aux atteintes alors existantes, les conclusions sont claires. La description du contexte médical est en lien avec les rapports médicaux au dossier. L'expertise du Centre C. _____ remplit à première lecture et analyse les critères jurisprudentiels formels pour pouvoir lui reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 8.2). Reste à examiner si l'expertise est probante sur le plan matériel quant aux atteintes actuelles et aussi, au vu de la documentation médicale, quant à leurs évolutions, et si elle permet au Tribunal de statuer en l'espèce.

L'expertise du Centre C. _____ du 20 juillet 2018 (examens des 17 et 22 mai 2018) comprend trois volets, à savoir orthopédique/traumatologique (consid. 11.1), psychiatrique (consid. 11.2) et de médecine interne (consid. 11.3). Un rapport de synthèse la complète in initio (consid. 11.4). Après en avoir présenté les constats et les appréciations des experts, ces dernières seront discutées en lien avec la décision litigieuse (consid. 12).

11.1 Sur le plan orthopédique et traumatologique (AI pce 76.1 p. 22 ss), il appert ce qui suit.

11.1.1 Le Dr T. _____, spécialiste en orthopédie, chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur, note depuis début 2015, remontant à une méniscectomie en 2000, des douleurs au genou droit ayant motivé des méniscectomies partielles sous arthroscopie le 13 avril 2015 restées sans suc-

cès sur le plan de la douleur suivie de plusieurs infiltrations (viscosupplémentation) sans succès et d'une prothèse du genou droit implantée le 20 septembre 2016. Il relève que selon le dossier l'implantation de la prothèse s'est compliquée d'une algodystrophie du genou avec d'importantes incidences sur la mobilité, de douleurs invalidantes malgré de la physiothérapie et d'un hématome persistant (malgré des ponctions) de 20 cc au niveau de la jambe inférieure gauche consécutif à une rupture veineuse. Au nombre des plaintes, il note des douleurs persistantes au genou droit, un périmètre de marche de 100 m. nécessitant ensuite de s'asseoir, une position assise maintenue 30-60 minutes suivie du gonflement du genou, de la jambe inférieure et du pied, l'usage d'escaliers une marche après l'autre, des lombalgies à la position assise, la perte de sensations à la jambe droite ne permettant plus de conduire, le suivi d'une thérapie de récupération de la mobilité restée sans succès. Il note un déplacement par petits pas, une légère boiterie à droite, l'utilisation d'une canne.

11.1.2 A l'examen clinique, le Dr T. _____ relève que l'intéressée est restée calmement assise lors de l'entretien sans montrer de signes de souffrance et observe un lever de chaise démonstratif douloureux avec des gémissements audibles. La mobilité lors du déshabillage et de l'habillement a été sans limitations. Il signale des douleurs lombaires rapportées 5 minutes après le début de son examen. Il note une bonne mobilité du cou mais une rotation limitée de la tête des deux côtés, une bonne mobilité de la colonne thoracique, une mobilité légèrement limitée de la colonne lombaire, une bonne mobilité générale des membres supérieurs sans déficit moto-sensoriel au niveau des deux bras, mais une limitation de la force au niveau des mains. Au niveau du bassin et des membres inférieurs, le Dr T. _____ n'observe aucun épanchement, aucun gonflement capsulaire et aucun signe d'inflammation des articulations des genoux. Il ne signale pas de douleurs à la pression ni de signes méniscaux. Il relève une mobilité du genou droit limitée démonstrativement à 50° mais hors examen à 100°, une statique bipodale normale, un maintien unipodal possible des deux côtés, un Lasègue et un Bragard négatifs.

11.1.3 Appréciant le status actuel de l'assurée après avoir évoqué les radiographies du 22 mai 2018 (cf. supra consid. 9.2) jugées en relation avec l'âge de l'expertisée, le Dr T. _____ retient une articulation du genou droit post-opératoire stabilisée sans signe de descellement de la prothèse, une discrédance entre les plaintes et les constats, ne relève pas d'élément en faveur d'une perte de sensations de la jambe droite ni d'une hypoesthésie dorsale de l'articulation du genou droit. Il ne retient pas d'éléments en lien avec les douleurs annoncées au genou droit ni un syndrome douloureux

régional complexe (SDRC). Il indique que les plaintes de lombalgie à la position assise ne trouvent pas de fondements cliniques et radiologiques et que les importantes douleurs annoncées n'ont pas de corrélat dans le sang résultant de la prise énoncée de Paracétamol®.

Le Dr T. _____ pose le diagnostic *avec incidence sur la capacité de travail dans la dernière activité exercée* de syndrome lombaire droit pseudo-radiculaire sur pseudospondylolisthésis L4-L5 et spondylarthrose modérée et *sans incidence sur la capacité de travail* de 1. arthralgie de l'articulation du genou droit sans corrélat handicapant déterminant à la suite d'une prothèse du genou en septembre 2016 et 2. obésité (BMI 39.4 kg/m²). Il explique à ce sujet dans son évaluation que le traitement postopératoire de la prothèse totale du genou droit est désormais terminé et que la mobilité spontanée est nettement meilleure que celle montrée. L'articulation du genou droit est stable et sans irritation. Il n'y a pas d'indication à un traitement permanent de cette articulation. L'absence de recours à des traitements spécialisés et l'absence de prise de Paracétamol® par l'assurée plaident également en ce sens. Avec un pseudospondylolisthésis L4/5, il y a une légère augmentation des modifications dégénératives au niveau de la colonne vertébrale qui doivent être traitées par de la gymnastique régulière, autonome, par la pratique régulière de la natation et par une perte de poids urgente.

11.1.4 Il prend en compte une limitation de la capacité de travail de 20% dans l'activité habituelle en raison de la nécessité pour l'assurée de s'asseoir dans le cadre de son activité légère debout mobile comptant peu de temps en position assise et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée légère occasionnellement moyennement lourde, aux positions alternées, sans nécessité de s'accroupir, s'agenouiller, sans risque accru de chute, sans posture forcée de la colonne lombaire. Rétrospectivement, il retient après l'intervention du genou droit du 13 avril 2015 des douleurs persistantes qui ont été qualifiées lors des consultations des 9 juin 2015 et 21 août 2015 subjectivement plus importantes qu'objectivement fondées comme cela a aussi été le cas après la pose de la prothèse du genou, la scintigraphie du 28 février 2017 n'ayant mis à jour qu'une algodystrophie modérée du genou droit de même que de discrets signes d'arthrose fémoro-patellaire modérée.

11.1.5 Dans l'*activité habituelle*, le Dr T. _____ note une capacité de travail de 80% à partir de janvier 2015, une incapacité de travail de 100% dès le 13 avril 2015 de 6 semaines, une capacité de travail de 80% à compter

du 1^{er} juin 2015 en raison de pauses assises plus nombreuses, une incapacité de travail de 100% dès le 20 septembre 2016 (implantation de la prothèse du genou) de 3 mois, soit jusqu'au 20 décembre 2016, suivie d'une capacité de travail de 60% jusqu'en février 2017 au plus et de 80% à partir de mars 2017.

11.1.6 Dans une *activité adaptée*, le Dr T. _____ retient dès janvier 2015 une pleine capacité de travail. Après l'intervention du genou droit le 13 avril 2015, il indique une incapacité de travail de 100% pendant 4 semaines, soit jusqu'au 13 mai 2015, suivie d'une capacité de travail de 100% jusqu'au 19 septembre 2016. A compter du 20 septembre 2016 l'incapacité de travail est de 100% pendant trois mois, soit jusqu'au 20 décembre 2016. Puis la capacité de travail est de 100%.

11.2 Sur le plan psychiatrique (AI pce 76.2 p. 1 ss), il appert ce qui suit.

11.2.1 Le Dr U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, relève le suivi d'un traitement selon le dossier à partir de novembre 2016 à raison d'une consultation toutes les 4 semaines. Il note une enfance heureuse, un départ de la maison à 18 ans, un enfant élevé seule dès sa 5^e année, actuellement adulte, avec qui des contacts sont maintenus, une activité dans l'entreprise V. _____ à (...) (B. _____) depuis 2000 à quelque 40 minutes en voiture du domicile de l'expertisée. Avant son atteinte à la santé, cette dernière effectuait un travail tant de jour et en soirée que de nuit par équipe. Depuis son incapacité de travail, l'assurée se lève généralement vers 9 heures, sort son petit chien le temps d'une brève promenade, vaque aux tâches ménagères, regarde la télévision, partage régulièrement des moments conviviaux avec sa sœur et/ou sa mère qui l'aident aussi pour diverses tâches domestiques, effectue les achats avec des voisins du fait qu'elle ne peut plus conduire, regarde la télévision avant de se coucher. Elle rapporte ne pas avoir de hobbies. L'expert note toutefois, de son appréciation, un intérêt pour la politique et l'histoire du fait du dernier livre (historique, idéologique) acheté par l'expertisée qui, indique l'expert, lit aussi davantage qu'auparavant. Il relève que l'assurée étant partie en vacances en 2014 en (...), elle souhaiterait y retourner à nouveau avec sa sœur et son mari, ce qui serait en discussion. Il note que l'assurée n'envisage plus de pouvoir retravailler, du moins actuellement, même dans une activité adaptée.

11.2.2 A l'examen clinique, l'expert note une présentation de l'expertisée simple, adéquate, cordiale, coopérative, répondant aux questions posées, s'exprimant sans difficultés de langage et compréhension. Il relève une

personne orientée aux quatre modes, à la conscience claire, mais une capacité de concentration et d'attention affaiblie dès 14 h., un flux non ralenti de pensées structurées simplement, une perception de la réalité non altérée, une conscience de soi intacte sans déréalisation et dépersonnalisation, sans hallucinations. L'intelligence est énoncée dans la partie inférieure de la norme, le dynamisme est modérément réduit, la projection dans le futur pessimiste, la mimique et la gestuelle sont conservées, l'humeur semble indifférente, quelque peu apathique, résignée, réservée, sans expressions émotionnelles. Des craintes économiques pour le présent et le futur sont notées mais non des peurs et phobies. L'expert indique ne pas avoir décelé des troubles de la personnalité au cours de l'entretien ni des limitations de l'orientation dans la réalité. Il note peu de motivation de l'intéressée à réintégrer le monde du travail en raison des atteintes à la santé, d'un état d'esprit tendant à se libérer des contraintes du travail, de l'attente d'une rente.

L'expert retient le diagnostic à compter de novembre 2016 avec incidence sur la capacité de travail dans la dernière activité d'épisode dépressif avec syndrome somatique actuellement léger (CIM-10 F32.01) et sans incidence sur la capacité de travail de dépendance à l'alcool anamnestique de longue date, abstinence actuelle (F10.20) et de consommation abusive de nicotine (F17.10).

11.2.3 A l'appréciation générale, l'expert rappelle l'absence d'atteintes d'ordre psychique jusqu'en novembre 2016, un épisode dépressif grave ou moyen n'ayant jamais eu lieu, il note un suivi médicamenteux adéquat, il retient un pronostic favorable. Il écarte un retrait social dans tous les domaines de la vie, relève que l'assurée a des plans de vacances, des intérêts pour l'histoire et la politique. Il retient une dépression légère. De l'avis de l'expert, le travail le soir et de nuit n'est cependant plus adapté en raison de la problématique dépressive et de troubles du sommeil, mais pour le reste l'expertisée dispose des ressources nécessaires et la capacité de poursuivre son activité habituelle avec des limitations modérées. L'expert retient une capacité de travail de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10-20%, soit 15%, en raison d'une limitation modérée de la concentration et de la capacité d'adaptation et de la nécessité de pauses supplémentaires.

11.3 Sur le plan de la *médecine interne* (AI pce 76.3), le Dr W. _____, spécialiste en médecine générale et interne, relève que l'intéressée ne se plaint pas d'atteintes à la santé relevant de sa spécialisation, en particulier

qu'elle n'évoque aucune atteinte au niveau du foie. A l'anamnèse systématique, il relève une somnolence diurne avec la nécessité de se coucher en journée, un appétit conservé, pas de vertiges, de maux de tête, de troubles du sommeil ni de sueurs nocturnes. A l'issue de son examen clinique, il ne retient pas de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail mais relève les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'obésité de degré II (BMI 39 kg/m²), d'insuffisance veineuse, de status après phlébite et hémorragies variqueuses, de suspicion d'ex-abus d'alcool, de forte suspicion de cirrhose du foie sans signe actuel de décompensation. De son appréciation et sous l'angle de la médecine interne, il retient une pleine capacité de travail.

11.4 Les experts ont retenu en *appréciation de synthèse* (AI pce 76.1 p. 1) les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de 1. Syndrome lombaire pseudoradiculaire droit dans le cadre d'une pseudospondylolisthésis L4/5 et d'une spondylarthrose modérée, 2. Épisode dépressif actuel léger avec syndrome somatique (CIM-10 F32.01); ils ont retenu sans incidence sur la capacité de travail dans la dernière activité les diagnostics suivant : 1. Arthralgie du genou droit sans corrélat handicapant suite à une prothèse totale du genou en septembre 2016, 2. Dépendance à l'alcool anamnestique de longue date, actuelle abstinence (CIM-10 F10.20), 3. Suspicion marquée d'une cirrhose du foie sans signe actuel de décompensation, 4. Obésité de stade II (BMI 39kg/m²), 5. Insuffisance veineuse, 6. Consommation nocive de nicotine (CIM-10 F17.10), 7. Status après phlébite et hémorragies variqueuses.

11.4.1 Rétrospectivement, dans l'*activité habituelle*, remontant à novembre 2014, les experts ont retenu une capacité de travail de 80% à partir de janvier 2015, une incapacité de travail de 100% dès le 13 avril 2015 de 6 semaines, une capacité de travail de 80% à compter du 1^{er} juin 2015, une incapacité de travail de 100% dès le 20 septembre 2016 (implantation de la prothèse du genou) de 3 mois suivie d'une capacité de travail de 60% jusqu'en février 2017. A partir du 1^{er} mars 2017, ils ont arrêté une capacité de travail de 80% tenant compte de la nécessité de pauses et d'une diminution de rendement (AI pce 76.1 p. 10).

11.4.2 Rétrospectivement, dans une *activité adaptée*, les experts ont retenu, remontant à novembre 2014, une pleine capacité de travail. Après l'intervention du genou droit le 13 avril 2015, ils ont indiqué une incapacité de travail de 100% pendant 4 semaines suivie d'une capacité de travail de 100% jusqu'au 20 septembre 2016, date à partir de laquelle l'incapacité de travail est de 100% pendant trois mois suivie dès le 20 décembre 2016

d'une capacité de travail de 85% tenant compte de la nécessité de pauses et d'une baisse de rendement de 10-20% (AI pce 76.1 p. 11).

11.5 Le Dr D. _____ du SMR a confirmé dans son rapport du 26 juillet 2018 les diagnostics, les appréciations et les limitations de la capacité de travail retenus par les experts sans discussion des dates d'amélioration et d'aggravation temporaires de l'état de santé de l'assurée et sans discussion des appréciations des experts. Il a reconnu pleine valeur probante à l'expertise et validé les capacités de travail retenues dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (AI pce 78 p. 4). Le volet psychiatrique de l'expertise n'a pas été soumis à un psychiatre du SMR pour validation.

12.

12.1 Les appréciations rétrospectives des experts antérieures au 1^{er} mai 2016 (ouverture théorique du droit à la rente) et ultérieures à cette date n'ont pas été contestées de façon concrète par la recourante. Cette dernière, invoquant souffrir de multiples pathologies, n'a conclu qu'à l'octroi d'une rente sans préciser à partir de quand et de quelle importance en se prévalant de la reconnaissance en France d'un statut d'invalidé de 2^e catégorie depuis le 1^{er} février 2018 (cf. supra C.a.) sans que cette date soit dans son recours présentée comme fondant le début d'un droit à une rente suisse. Il sied cependant de rappeler que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité de droit suisse sont déterminées exclusivement selon le droit suisse même si la documentation administrative des organismes étrangers d'assurance sociale doit être prise en compte (cf. supra consid. 4.2 s.).

12.2 L'assurée ayant déposée une demande de prestations le 6 novembre 2015 auprès de l'OAI-B. _____, ouvrant un droit théorique à une rente le 6 mai 2016, il sied d'examiner l'incapacité de travail de l'assurée rétrospectivement en un premier temps depuis le 6 mai 2015 (cf. supra consid. 8.3) jusqu'à fin février 2017 (état stabilisé après l'opération du 20 septembre 2016 selon le rapport d'expertise).

12.2.1 La présentation des in/capacités de travail de l'assurée pour la décision attaquée doit débiter non pas au 1^{er} juin 2015, comme l'a fait l'administration (AI pce 83), mais au 6 mai 2015. A cette date, l'assurée présente une incapacité de travail de 100% faisant suite à l'arthroscopie du 13 avril 2015. L'incapacité de 6 semaines dans l'activité habituelle a perduré jusqu'à fin mai 2015 selon le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (AI pce 76.1 p. 10). Cette appréciation médico-théorique n'est pas infirmée par les actes au dossier.

12.2.2 Du 1^{er} juin 2015 au 19 septembre 2016 (jour précédant l'implantation de la prothèse du genou droit), le Dr T. _____ a retenu une incapacité de travail de 20% qui ne peut être retenue pour les motifs ci-après (consid. 12.2.2.1-3).

Le Dr T. _____ a motivé le taux de 20% rétrospectivement en relevant qu'après l'arthroscopie du genou droit du 13 avril 2015 des douleurs persistantes avaient été qualifiées lors des consultations du Dr L. _____, chirurgien orthopédiste, des 9 juin 2015 et 21 août 2015, subjectivement plus importantes qu'objectivement fondées. Il n'a toutefois pas indiqué que ce spécialiste avait constaté en peropératoire une chondropathie sévère et une chondropathie de stade 2 au niveau du compartiment interne (cf. Al pce 16 p. 33) et qu'il avait maintenu une incapacité de travail de 100% dans ses rapports des 17 juin et 25 août 2015 en raison d'une évolution insatisfaisante rapportée également dans ses rapports des 29 septembre, 17 novembre et surtout 24 décembre 2015 et 18 février 2016. Dans ce dernier rapport, le Dr L. _____, avant que l'opération de la prothèse du genou en raison de la persistance des douleurs ait été effectuée par le Dr N. _____ (cf. Al pce 26 p. 2), a indiqué un état fonctionnel du genou ne permettant pas à l'assurée de reprendre ses activités professionnelles (Al pce 16 p. 24). Subséquemment, le Dr D. _____, spécialiste en orthopédie, chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur, du SMR, dans un rapport sur dossier du 3 août 2016 a retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle. Il a également retenu une capacité de travail de 50-60% dans une activité adaptée jusqu'à la deuxième opération du genou (Al pce 20). Il appert du rapport d'expertise du Dr T. _____ que les avis médicaux au dossier précités ne sont nullement évoqués et implicitement aucunement discutés. Dans son rapport, l'expert, contrairement à son devoir d'examen et de discussion, ne retient jusqu'à la deuxième opération que des incapacités de travail médico-théoriques et, de son avis non étayé, des douleurs subjectives plus importantes qu'objectivement fondées (Al pce 76.1 p. 37).

12.2.2.1 En littérature « ce sont la sévérité de la douleur et l'importance de la gêne fonctionnelle qui sont les éléments principaux dans la discussion d'une prothèse du genou » ce d'autant que « l'arthroplastie du genou doit être considérée comme une solution ultime et non pas une simple étape chirurgicale susceptible d'être révisée facilement » (DANIEL FRITSCHY / PIERRE-FRANÇOIS LEYVRAZ, Les prothèses du genou, in : Revue médicale suisse 2005/46 p. 2966-2968). La décision d'une prothèse du genou ne se prend donc pas à la légère sur des douleurs subjectives auxquelles auraient été confrontés les médecins spécialistes de l'assurée. L'appréciation

du Dr T._____ d'une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle ne saurait être retenue comme déterminante par la Cour, vu le défaut d'une discussion étayée dans son rapport d'expertise des appréciations divergentes des deux spécialistes en orthopédie, les Drs L._____ (Al pce 13, 16 p. 24), et D._____ (Al pce 33, 42, 54), qui ont estimé l'incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle, et étant donné que le Dr N._____ a procédé à l'opération en septembre 2016 en raison d'une gonarthrose tricompartimentale droite invalidante nécessairement importante pour justifier le geste opératoire (cf. Al pce 46 p. 24, 26 p. 2).

Une appréciation rétrospective par un expert est en tant que telle possible dans le domaine de l'assurance-invalidité, il n'est en effet pas rare que l'évaluation médicale de la capacité de travail doive porter sur une période remontant à plusieurs années dans le passé, ce qui suppose une appréciation rétrospective de la situation à l'aide des données du dossier et de l'examen de la personne concernée (arrêts du TF 9C_395/2019 du 24 septembre 2019 consid. 5.1.2, 9C_291/2018 du 3 août 2018 consid. 5.1). Dans une telle situation les documents médicaux ou les indications de l'employeur fournies en temps réel sont en principe déterminants (arrêt du TF 9C_291/2018 loc. cit.). Une appréciation ne peut pas être donnée rétrospectivement simplement à dire et titre d'expert, elle doit s'appuyer sur le dossier et émaner de constats objectifs et de discussions de rapports cas échéant contraires propres à emporter non seulement la conviction de l'administration mais aussi celle du juge dans le cadre d'une pondération des rapports médicaux au regard de la vraisemblance prépondérante des faits résultant des moyens de preuve. Le juge doit suivre l'exposé des faits qu'il considère comme le plus probable parmi tous les événements possibles (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2, 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b avec référence; voir aussi ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6).

Que le Dr D._____ du SMR ait reconnu à l'expertise du Dr T._____ valeur probante, sans discussion dans son rapport du 26 juillet 2018 (Al pce 78 p. 5) de la capacité de travail de l'assurée pour la période *entre mars 2015 et septembre 2016*, n'est pas un appui de l'appréciation de l'expert pour ladite période, car le Dr D._____ a radicalement et sans nuance modifié son appréciation précédente sans en indiquer les motifs. Il a simplement suivi l'expert, qui pour cette période n'éclaire pas sa détermination, alors qu'il avait précédemment reconnu, en tant que médecin SMR spécialiste, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail partielle (5-6 h./j.) dans une activité adaptée (cf. rapport du 3 août 2016 [Al pce 20 p. 2]).

12.2.2.2 Il sied de plus de relever que l'OAI-B. _____ a selon une communication téléphonique du 14 décembre 2015 renoncé à mettre en place en janvier 2016 des mesures d'ordre professionnel du fait que la perspective d'une opération du genou ne rendait pas possible leur mise en place, appréciation également retenue en juin 2016 pour les mêmes motifs, l'opération ayant été reportée en septembre 2016 en raison d'une thrombopénie mise en évidence par un rapport de laboratoire du 27 mai 2016 du Dr M. _____ ne permettant pas l'intervention (AI pce 17 p. 2; AI pce 16 p. 8; Protocole OAI-AG au 17 janvier 2019 [AI pce in initio]). Cette situation de droit n'est pas conciliable avec la reconnaissance rétrospectivement d'une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle. Vu ce qui précède, une incapacité de travail de 100% doit être retenue du 1^{er} juin 2015 (fin de la réhabilitation post ménissectomie [13.04.2015] au 19 septembre 2016 (2^e opération) dans l'activité habituelle comme les Drs L. _____ et D. _____, médecins spécialistes, l'avaient retenu initialement.

12.2.2.3 Le taux de 50-60% de capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas lieu d'être pris en compte car l'incidence d'une capacité de travail dans une activité adaptée ne peut intervenir qu'une fois que tous les traitements et les possibilités de réadaptation ont été entrepris (cf. le libellé des art. 7 et 16 LPGa) ou qu'il est clair qu'ils ne sont pas nécessaires pour maintenir ou améliorer la capacité de gain de la personne assurée (MOSER-SZELESS, Commentaire LPGa, art. 16 n° 28; supra consid. 8.4.2). Il n'appert par ailleurs pas du dossier que l'OAI-B. _____, par ses services, avant le rapport du 3 août 2016 du Dr D. _____ du SMR, ait entrepris des démarches auprès de l'employeur et de l'assurée dans le but de favoriser une reprise d'activité à temps partiel dans un poste adapté de l'entreprise ou hors de l'entreprise (l'employeur avait indiqué l'inexistence d'un poste adapté et son non-intérêt à bénéficier de l'aide d'un spécialiste de l'AI pour en rechercher un en son sein [AI pce 11.1 ch. 2.4 et 2.6]). Il n'appert également pas du dossier AI que l'assureur perte de gain ait sollicité l'employeur de mettre en place une activité adaptée à temps partiel jusqu'à l'opération projetée du genou du 20 septembre 2016 et que l'assurée ait été sollicitée d'envisager une reconversion professionnelle et ait été aidée dans cette démarche.

12.2.3 A compter du 20 septembre 2016 (opération du genou), selon le Dr T. _____, une incapacité de travail de 100% doit être prise en compte pour trois mois, soit jusqu'au 20 décembre 2016.

12.2.4 Après la période de trois mois suivant l'opération du 20 septembre 2016, soit dès le 20 décembre 2016, selon le rapport d'expertise

C._____, dans l'*activité habituelle*, il y a lieu de retenir une capacité de travail de 60% du 21 décembre 2016 jusqu'à fin février 2017.

A titre liminaire, la Cour observe que l'OAI-B._____, respectivement l'OAIE, n'a pas retenu le taux d'incapacité de 40% dans sa décision bien que le Dr D._____, médecin SMR, ait indiqué ce taux dans son rapport du 26 juillet 2018, validant l'expertise C._____ pour cette période. La Cour observe également et de façon décisive que de Dr T._____ n'a aucunement discuté l'incapacité de travail de 100% du 2 janvier au 5 juin 2017 retenue par le Dr N._____. Or, le Dr N._____ étant l'opérateur de l'assurée, il sied de retenir son appréciation comme déterminante en lien avec ses rapports médicaux sur consultation mensuel du fait d'une absence de justification de l'appréciation médico-théorique du Dr T._____ qui n'a même pas signalé les appréciations divergentes du Dr N._____. Le constat de la Dre P._____ du 4 janvier 2017 relevant l'absence de signe écho-doppler en faveur d'une thrombose veineuse superficielle ou profonde récente des membres inférieurs, mais une insuffisance veineuse superficielle aggravée par la surcharge pondérale (AI pce 31), et le rapport de scintigraphie osseuse du 28 février 2017 de la Dre Q._____ (Pôle d'imagerie médicale) ayant conclu à un examen compatible avec une réaction neuro-algodystrophique modérée du genou droit (AI pce 37), invoqué par l'expert comme déterminant pour son appréciation (cf. supra consid. 11.1.4), pourrait justifier une estimation nuancée de l'incapacité totale retenue par le Dr N._____, mais une telle appréciation fait défaut. En conséquence, une totale incapacité de travail selon l'opérateur doit être de jure, selon la vraisemblance prépondérante, retenue jusqu'au 5 juin 2017.

Dans une *activité adaptée*, selon le rapport d'expertise du Centre C._____, il y aurait lieu de retenir à compter du 21 décembre 2016 une capacité de travail de 85% (tenant compte des atteintes somatiques et psychiques). Ce taux, également confirmé par le Dr D._____, mais non repris dans la décision attaquée, n'est pas à retenir sur le plan asséculologique du fait que l'assurée pouvait sérieusement envisager de reprendre son activité antérieure (cf. supra consid. 8.4.2).

12.3 Il sied subséquentment d'apprécier la capacité de travail de l'assurée depuis le 6 juin 2017 dans l'*activité habituelle* jusqu'aux examens au Centre C._____ en mai 2018.

12.3.1 Sur le plan orthopédique et traumatologique, la Cour observe que les constats du Dr T._____ *au jour de l'examen*, soit le 22 mai 2018, fondent de retenir un état de santé permettant à l'assurée depuis le jour

des examen (et vraisemblablement déjà auparavant sans qu'une date puisse être établie), comme les experts l'ont retenu en synthèse, d'exercer une activité légère en position debout et assise avec de courts déplacements comme précédemment exercée au sein de l'entreprise V. _____ dans le conditionnement de médicaments à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 20% permettant à l'assurée de bénéficier de pauses supplémentaires.

12.3.2 Rétrospectivement, depuis le 6 juin 2017 jusqu'à l'expertise du Centre C. _____, dans l'activité habituelle, l'appréciation d'une capacité de travail entière recouverte avec un rendement de 80%, fondée sur l'examen du 22 mai 2018, n'est pas manifeste au vu des rapports médicaux au dossier : Le 13 juin 2017 la Dre F. _____ a rapporté un état de santé s'aggravant (AI pce 40 p. 1) énonçant le 20 juin 2017 un état de santé incompatible avec une activité professionnelle (AI pce 46 p. 12). Le 23 juin 2017 la Dre P. _____, angiologue, a certes observé l'absence de signe écho-doppler en faveur d'une thrombose veineuse superficielle ou profonde récente des membres inférieurs, mais le Dr D. _____ du SMR, spécialiste en orthopédie, a le 13 juillet 2017, à l'adresse de l'OAI-B. _____, retenu les diagnostics d'algodystrophie du genou droit sur un status après pose d'une prothèse totale du genou en septembre 2016 et de gonarthrose, de lymphœdème de la jambe droite, de dépression réactive. Il a noté que le traitement de l'algodystrophie prend généralement beaucoup de temps et qu'un résultat est difficile à prévoir. Il a indiqué une incapacité de travail totale dans l'activité habituellement exercée et également dans une activité adaptée depuis l'implantation de la prothèse du genou en septembre 2016 (AI pce 42 p. 2). Le Dr D. _____ a maintenu son appréciation d'incapacité de travail totale dans son rapport du 8 décembre 2017 (AI pce 54) jusqu'à son rapport du 31 janvier 2018 (AI pce 63) par lequel il a sollicité une expertise compte tenu des rapports de la Dre F. _____ des 28 novembre et 20 décembre 2017 faisant état d'un status dégradé (AI pce 59 p. 18, pce 60). Au vu de ce qui précède, reconnaître rétroactivement une capacité de travail de 100% avec un rendement de 80% sur la seule appréciation médico-théorique du Dr T. _____ ne peut être validée. Une incapacité de travail totale doit de jure être retenue jusqu'au jour des examens des 17 et 22 mai 2018.

12.4 Depuis les examens de l'expertise du Centre C. _____ jusqu'au jour de la décision attaquée du 5 novembre 2018, il convient d'examiner les rapports médicaux.

12.4.1 Sur le plan rhumatologique, l'appréciation du Dr T. _____ d'une capacité de travail de 100% avec un rendement de 80% dans l'activité habituelle au moins à compter de ses constats n'est pas contredite par le rapport du 8 octobre 2018 d'échographie et écho-doppler (TAF pce 1 annexe; cf. consid. 9.2) ni par le rapport du 19 octobre 2018 du Dr G. _____, rhumatologue, produit par la recourante-même à l'appui de son recours. Ce dernier rapport indique une déambulation caricaturale avec une boiterie droite manifestement majorée, une impossibilité alléguée à obtenir une flexion du genou droit alors que lors du déshabillage l'intéressée atteint au moins 90° et même 140° de manière bilatérale après que son attention a été détournée, un bilan radiographique récent n'objectivant pas d'image de descellement de la prothèse, seules des douleurs diffuses ayant été observées à la palpation (TAF pce 1 annexe, cf. consid. 9.2).

12.4.2 Sur le plan psychiatrique, la Cour observe à l'instar du Dr U. _____ que l'expertisée n'a pas présenté de problèmes psychiques avant novembre 2016 et qu'il n'apparaît pas du dossier qu'elle ait eu des épisodes dépressifs graves ou moyens. Son suivi médicamenteux a été apprécié adéquat. Son suivi thérapeutique à raison d'une consultation mensuelle doit être considéré comme un accompagnement. L'expert a retenu une dépression légère, il a écarté un retrait social dans tous les domaines de la vie. Si l'expertisée depuis ses atteintes à la santé a peu, voire n'a plus de relations sociales, comme elle l'a indiqué dans le cadre de l'expertise, elle est néanmoins en contact régulier avec sa sœur et sa mère et effectue régulièrement ses achats avec des voisins. Elle a également des contacts avec son fils. Il n'y a ainsi pas de retrait social dans tous les aspects de la vie, aussi elle regarde la télévision plusieurs fois par jour ce qui est un signe d'intérêts au monde extérieur. Toutefois, relever – comme le fait l'expert – que l'assurée a des centres d'intérêts comme l'histoire et la politique est abusif faute d'une exploration convaincante rapportée desdits centres d'intérêts. L'expert n'a pas exploré le genre des lectures et des émissions de télévision appréciées de l'expertisée pour étayer son affirmation née d'un titre d'ouvrage particulier récemment acquis par l'assurée.

12.4.2.1 Du point de vue psychiatrique, le Dr U. _____ a indiqué dans son rapport que le travail le soir et de nuit n'était plus adapté en raison de la problématique dépressive et avant tout de troubles du sommeil (AI pce 76.2 p. 14). La Cour relève que l'exclusion du travail de nuit n'a pas été transcrite dans l'appréciation de synthèse sans qu'il n'en ressorte quelque motivation (cf. supra consid. 11.4) et il n'apparaît pas que les experts dans leur spécialisation somatique respective auraient eu des arguments pour s'opposer à cette limitation de la capacité de travail. Le Dr W. _____,

expert en médecine interne, a également noté un problème de somnolence diurne (AI pce 76.3 p. 4). Cette exclusion du travail en soirée et de nuit doit dès lors être prise en compte dans l'évaluation économique de l'invalidité.

Le Dr U. _____ a retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10-20%, soit 15%, en raison d'une limitation modérée de la concentration et de la capacité d'adaptation et de la nécessité de pauses supplémentaires.

12.4.2.2 La recourante a contesté l'appréciation psychiatrique de la décision attaquée par un certificat du 21 novembre 2018 de la Dre H. _____, psychiatre, attestant d'un suivi à raison d'une consultation mensuelle pour un trouble dépressif majeur, évoluant dans un contexte de licenciement et intervention chirurgicale au genou droit, accompagné d'un traitement antidépresseur, notant la persistance d'un syndrome dépressif net rendant la patiente inapte à reprendre le travail (cf. TAF pce 1 annexe et consid. 9.2). Or ce rapport, bien qu'établi après la date de la décision attaquée du 5 novembre 2018, est dans la continuité des atteintes de l'assurée et n'a pas été soumis à un médecin psychiatre du SMR (par l'OAI-B. _____ comme d'ailleurs, souligne la Cour, le volet psychiatrique de l'expertise du Centre C. _____ afin qu'un médecin psychiatre se prononce sur le volet psychiatrique de l'expertise). Ce défaut d'appréciation ne peut rester sans un complément d'instruction et évaluation médicale. De plus, le diagnostic psychiatrique d'épisode dépressif avec syndrome somatique actuel léger (CIM-10 F32.01) a été posé *avec répercussion* sur la capacité de travail dans la dernière activité sans qu'un examen spécifique, sous l'angle d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence ou non d'une incapacité de travail et de gain invalidante, ait été établi contrairement aux exigences jurisprudentielles en matière d'évaluation des atteintes psychiques même légères invalidantes (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 s.). Si les éléments d'une analyse sont énoncés dans le rapport d'expertise, l'analyse proprement dite selon les indicateurs fait défaut. L'OAI-B. _____ n'était sur la base du rapport d'expertise du Dr U. _____ pas habilité à retenir de son appréciation, sans avis médical interne, que l'épisode dépressif depuis novembre 2016 pouvait être traité et ne fondait pas un état de santé invalidant ou rentrait dans l'incapacité de travail retenue par les experts.

12.4.3 Sur le plan de la médecine interne, la Cour constate que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé au jour de l'expertise ayant une incidence sur sa capacité de travail. Il en est de même ultérieurement.

13.

13.1 Vu ce qui précède, compte tenu, d'une part, d'une incapacité de travail de 100% du 6 au 31 mai 2015 et également du 1^{er} juin 2015 au 22 mai 2018 dans l'activité habituelle de l'assurée, et, d'autre part, de la demande de prestations AI déposée le 6 novembre 2015, l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2016 (art. 28 et 29 LAI) intérêts moratoires en sus (art. 26 LPGA). La prise en compte de la possibilité d'une activité adaptée à quelque 50-60% comme l'a indiqué le Dr D. _____ n'entre pas en ligne de compte du fait que l'assurée était en arrêt maladie, des traitements étaient en cours et en attente du fait d'une thrombopénie ne permettant pas l'opération du genou droit planifiée. Il n'appert pas non plus du dossier du 1^{er} juin 2015 au 20 septembre 2016 de démarches tant de l'assureur perte de gain que de l'OAI-B. _____ tendant à ce que l'assurée travaille à temps partiel pour l'employeur ou dans une activité adaptée ou se reconvertisse temporairement ou définitivement, conversion qui ne devait d'un point de vue juridique pas être envisagée avant l'effectivité des mesures thérapeutiques et un état de santé stabilisé (cf. supra consid. 8.4.2).

L'incapacité de travail de 100% a perduré jusqu'au 22 mai 2018 (date des examens de l'expertise). A cette date, la capacité de travail dans l'activité habituelle peut être appréciée recouverte à 80% sur un 100%. Le contrat de travail de l'assurée ayant été résilié en mars 2016 pour une date non déterminée au dossier mais antérieure en tous les cas à 2018, l'invalidité de l'assurée doit être évaluée selon la *reprise d'une activité dans la branche 21 de l'industrie pharmaceutique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ESS*. Il s'ensuit que l'assurée peut prétendre à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 août 2018 soit trois mois entiers consécutivement au 22 mai 2017 (art. 88a al. 1 RAI; consid. 8.6 supra; ATF 125 V 413 consid. 2d). Un droit à une rente ultérieurement est réservé vu ce qui précède.

13.2 A compter du 1^{er} septembre 2018, du fait que le contrat de travail de l'assurée a été résilié, l'invalidité de l'assurée doit s'établir en fonction d'une activité dans l'industrie pharmaceutique niveau de qualification 1 prise en compte à l'issue du délai de 3 mois de l'art. 88a al. 1 RAI. La détermination du taux d'invalidité ne saurait en effet reposer sur une seule évaluation médico-théorique de la capacité de travail appréciée in casu à 80% dans l'activité habituelle, car cela reviendrait à déduire le degré d'invalidité de l'incapacité de travail de manière abstraite, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (prise en compte du salaire antérieur

de valide et autres primes, in casu prime de travail de nuit et prime annuelle), ce qui n'est pas admissible (ATF 114 V 310 consid. 3c, voir ég. 114 V 281 consid. 1c; arrêt du TF I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 5; VALTERIO, op. cit., art. 28a n° 3).

L'expérience de l'assurée dans le monde de l'industrie pharmaceutique de plus de 20 ans doit privilégier une reprise d'activité dans ce domaine et implique le calcul d'une éventuelle invalidité en regard des revenus statistiques de la branche 21 de l'ESS tableau TA 1 et non de la ligne Total toutes branches confondues de ce tableau dont le revenu statistique est nettement plus bas alors même que l'assurée peut reprendre son activité habituelle dans le conditionnement de spécialités pharmaceutiques, industrie comptant un grand nombre de places de travail dans la région bâloise.

13.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGa, 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 132 V 393 consid. 2,1, 128 V 30 consid. 1).

13.4 L'évaluation de l'invalidité doit in casu prendre en compte, d'une part, le revenu de l'assurée qu'elle aurait perçu en septembre 2018 (exigibilité de la reprise de l'activité antérieure) auprès de V._____ (B._____) dans son activité habituelle y compris la prime annuelle et l'indemnité pour travail d'équipe selon l'horaire 3X8 (l'assurée ne peut plus travailler de nuit) et, d'autre part, le salaire statistique (niveau de qualification 1) d'une salariée en 2018 selon l'ESS 2016 table TA1_tirage_skill_level branche 21 « Industrie pharmaceutique » (publiée le 26 octobre 2018), indexé 2018, sous déduction, selon le rapport d'expertise C._____, d'une diminution de rendement de 20%. Cas échéant des facteurs d'abattement sur le salaire d'invalidé, qu'il appartiendra à l'administration d'apprécier, sont réservés (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; VALTERIO, op. cit., art. 28a n° 84 ss). L'OAI-B._____, respectivement l'OAIE n'ayant pas procédé à une évaluation économique de l'invalidité contrairement à son obligation (cf. supra consid. 13.2), la décision attaquée doit être annulée et l'affaire retournée à

l'autorité inférieure afin qu'elle y procède après avoir complété l'instruction sur le plan psychiatrique.

14.

14.1 Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 5 novembre 2018 est annulée. Il est alloué à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2016 au 31 août 2018, intérêts moratoires en sus (art. 26 al. 2 LPGA) et le dossier est renvoyé à l'OAIE, respectivement l'OAI-B._____ pour complément d'instruction sur le plan psychiatrique afin que soient clarifiés l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail à compter du 1^{er} septembre 2018 et aussi afin que soit établi l'évaluation économique de l'invalidité suite à une reprise d'activité dans la branche économique de l'industrie pharmaceutique à compter du 1^{er} septembre 2018.

14.2 Il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101]; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi – comme en l'espèce – est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (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).

15.

15.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par l'octroi d'une rente de

durée déterminée et le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour complément d'instruction et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de 800.- francs (TAF pces 3 et 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

15.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant 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 (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2) en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le représentant du recourant a dû y consacrer, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA par analogie).

En l'espèce, la recourante a eu gain de cause par l'octroi d'une rente limitée dans le temps et le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure. Cette dernière peut ainsi prétendre à une pleine indemnité de dépens. La recourante ayant agi en s'étant fait représenter par une entité étrangère de défense d'intérêts d'assurés, laquelle n'a pas procédé par les services d'un avocat, il lui est alloué une indemnité de dépens tenant compte de la personne de son représentant de 400.- francs à charge de l'autorité inférieure pour le travail effectué qui a consisté notamment en la rédaction d'un recours très succinct de moins de 2 pages (TAF pce 1) et de deux communications (TAF pces 7 et 14) (cf. art. 10 al. 2 FITAF [tarif horaire de représentant non avocat de CHF 100 à 300.- hors TVA]; arrêt du TF 9C_485/2016 du 21 mars 2017 consid. 3 [tarif horaire de CHF 145.- hors TVA], 8C_682/2012 du 7 mars 2013 consid. 5).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est partiellement admis.

2.

La décision de l'OAIE du 5 novembre 2018 est réformée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2016 au 31 août 2018, intérêts moratoires en sus.

3.

L'affaire est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle rende une décision d'octroi de rente selon le chiffre 2 du dispositif et complète l'instruction au sens des considérants et rende une nouvelle décision portant sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2018.

4.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais perçue en cours de procédure de la recourante de 800.- francs lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

5.

Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens de 400.- francs à charge de l'autorité inférieure.

6.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandée avec avis de réception ; annexe : « Formulaire adresse de paiement »)
- à l'autorité inférieure (N° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)
- à X._____, (assurance maladie, n° de réf. [...] / [...] /; recommandé; pour connaissance)
- à V._____ Caisse de pension ; pour connaissance)

L'indication des voies de droit figure sur la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Beat Weber

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :