

BVGer C-3486/2014 vom 17. Mai 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3486_2014

FR: TAF C-3486/2014 du 17 mai 2017

IT: TAF C-3486/2014 del 17 maggio 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

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

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

E. 1.5

Selon l'art. 40 al. 2, 1ère et 3e phrase, 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 et l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions. L'intéressée ayant travaillé comme frontalière, c'est à juste titre que

l'office de l'assurance-invalidité du canton d'Argovie (OAI-AG), office AI du secteur de son activité, a enregistré et instruit la demande et que la décision a été notifiée par l'OAIE.

E. 2.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable reste en principe celle qui était 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 de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

E. 2.2

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, des modifications législatives sont dernièrement entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Concrètement, le droit du recourant à une rente d'invalidité est déterminé pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 selon les règles alors en vigueur jusqu'à cette date et ensuite selon les règles en vigueur à compter du 1er janvier 2012 (application pro rata temporis; ATF 130 V 445; voir aussi arrêt du TF 8C_879/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Il sied toutefois de relever que l'évaluation de l'invalidité n'a pas donné lieu à une modification au 1er janvier 2012 par rapport à la législation antérieurement applicable. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI 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. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi de prestations depuis le 1er août 2011 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande de prestations d'invalidité déposée le 21 février 2011 [pce 1]) jusqu'au 3 juin 2014, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.3

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (ATF 138 V 206 consid. 6). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Fritz. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; Thomas Häberli, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensrecht, 2e éd. 2016, art. 62 n° 43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 2.4

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où 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 (ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102 ; arrêt du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1).

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante est ressortissante française domiciliée en France. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 3.2

Jusqu'au 31 mars 2012, les parties contractantes appliquaient entre elles le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1, RO 2004 121 ; ci-après règlement n° 1408/71). Une décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II ALCP avec effet au 1er avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109. 268.1; ci-après: règlement n° 883/2004). Le règlement n° 883/2004 - qui a donc remplacé le règlement n° 1408/71 - n'ouvre toutefois aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 140 V 98 consid. 5.1; 138 V 392 consid. 4.1.3). En l'occurrence, compte tenu de la période litigieuse (cf. consid. 2.2 ci-dessus), le litige doit être tranché sous l'angle des deux règlements précités (cf. ATF 140 V 98 consid. 5.1). Il n'y a cependant in casu pas de différence matérielle réglementaire.

E. 3.3

Selon l'art. 4 du règlement 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera

que le règlement (CEE) n° 1408/71 auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

E. 3.4

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6). Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse. En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.5

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

E. 4

L'objet de la contestation est le bien-fondé du refus par l'OAIE, respectivement de l'OAI-AG, du droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en l'occurrence le droit à une rente, au motif que l'assurée ne présente pas d'invalidité au sens de la loi, le taux d'invalidité retenu en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité étant inférieur au seuil de 40%.

E. 5

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat 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). La requérante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée

minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 6.2

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 6.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IV], 3e éd. 2014, art. 28 n° 32). - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

E. 6.4

Selon l'art. 28 al. 2 LAI 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. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement n° 883/04).

E. 6.5

Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 7.1

La recourante a travaillé en dernier lieu en Suisse plusieurs années comme conseillère vendeuse à 60% dans un brico-centre jusqu'en octobre 2010. Il appert de ses affirmations consignées au dossier qu'elle aurait débuté sa dernière activité à 100% en 1989 puis qu'elle aurait passé à un 80% puis à un 60% (pce 60 p. 6, voir ég. CI pce 8), taux qui aurait été maintenu si son état de santé le lui permettait (pce 68. 2 p. 10). Elle n'a plus repris d'activité par la suite. Les rapports de travail ont pris fin au 29 septembre 2012 avec la fin des indemnités perte de gain maladie (pce 68.3).

E. 7.2

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle.

E. 7.3

Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1) avec les sous variantes de la méthode de comparaison en pourcent quand les revenus à comparer ne peuvent être déterminés avec précision et doivent dès lors être estimés selon les circonstances du cas particulier et les valeurs approchantes inférées comparées (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références), de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; arrêt du TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 s. ; méthode appliquée notamment aux indépendants) et de la méthode de mise en parallèle de revenus si l'assuré valide s'est contenté d'un gain modeste (ATF 135 V 58 consid. 3.1, ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; sur ces méthodes voir ég. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2040 ss, 2060 ss ; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, ad art. 28a).

E. 7.4.1

L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, telles les personnes s'occupant du ménage, étudiant ou vivant dans une communauté religieuse, et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité, est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA (art. 5 LAI) qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI, 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment

entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI) sous réserve des précisions jurisprudentielles y relatives limitant son champ d'application (cf. infra consid. 7.4.2 i. f.) compte tenu que toute personne travaillant à temps complet doit aussi s'occuper de son ménage durant son temps libre (cf. ATF 8C_912/2015 du 18 avril 2016 consid. 4.1 i.f.).

E. 7.4.2

La détermination du taux d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères résulte généralement d'une enquête menée sur place (cf. art. 69 al. 2 RAI) par une personne qualifiée, laquelle constitue en principe une base appropriée et en règle générale suffisante pour apprécier et quantifier les limitations fonctionnelles (arrêt du TF I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1). Le résultat de l'enquête aboutit à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (Valterio, op. cit., n° 2159). L'appréciation des domaines partiels de la gestion du ménage intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales dont l'usage est obligatoire pour déterminer l'invalidité dans les tâches ménagères (Valterio, op. cit., n° 2165). En cas d'allégations de limitations par l'assuré sans relation avec les atteintes à la santé, celles-ci ne sauraient être retenues par le service médical de l'OAIE au profit d'une appréciation de ce service sur la base de la documentation médicale. L'assuré dont l'invalidité est évaluée selon la méthode spécifique a l'obligation de réduire son dommage en aménageant judicieusement son temps de travail et en recourant à l'aide de ses proches dans une mesure raisonnable notamment pour les travaux les plus lourds (Valterio, op. cit., n° 2156 et les références). L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive (arrêt du TF 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3 ; ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités).

E. 7.5.1

Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel ou une activité sans être rémunéré dans l'entreprise du conjoint parallèlement à une activité au sens de l'art. 5 LAI (cf. supra 7.3.1), il convient de pondérer les deux méthodes. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1, ATF 131 V 51 consid. 5.1.2; voir ég. infra le consid. 7.6).

E. 7.5.2

Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7.1 ; arrêt du TF 9C_432/2016 du 17 février 2017 consid. 5.1 ; voir p.ex. ATF 131 V 51 et 9C_432/2016 cité pour les activités sportives, arrêt du TF 9C_615/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.4 pour l'étude des langues). Cette part de temps consacrée aux

loisirs et intérêts personnels dont il résulte une diminution volontaire de revenu n'est pas assurée (cf. ATF 135 V 58 consid. 3.4.1 et les références). Dans ce cas la limitation dans le domaine lucratif doit être prise en considération de façon proportionnelle - en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel (ATF 142 V 290 consid. 7 ; p. ex. arrêt du TF 9C_432/2016 cité spéc. consid. 5.2-5.4).

E. 7.6.1

Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré (cf. arrêts du TF 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2, 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). A cette fin, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1, ATF 137 V 334 consid. 3.2, ATF 117 V 194 consid. 3b p. 194; voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3, ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et ATF 125 V 146 consid. 5c/bb ; arrêt du TF 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3).

E. 7.6.2

Sans indice concluant que le temps libre résultant d'un taux d'occupation réduit est effectivement consacré à des hobbies ou à des activités semblables (cf. supra consid. 7.5.2), le temps à disposition précité est réputé consacré à des activités de tenue du ménage avec incidence cas échéant sur le calcul de l'invalidité s'il existe effectivement des activités relevant de l'art. 27 RAI et un empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères (cf. supra consid. 7.4.2 i. f. ; voir ég. Valterio, op. cit., n° 2174 ; Emilie Conti, Invalidité et travail à temps partiel, méthode applicable pour le calcul du taux d'invalidité, in REAS 2016 p. 334 ss, 337 i.f. ; arrêts du TF retenant du temps consacré aux loisirs : 9C_432/2016 cité consid. 5.1 et 9C_615/2016 cité consid. 5.5 (renvoyant à l'ATF 142 V 290), 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 3.2.2; ATF 131 V 51 consid. 5 et les références). L'obligation de réduire le dommage en organisant son travail et en recourant à l'aide des proches dans les travaux ménagers, notamment les plus lourds, s'applique également à l'assuré dont l'invalidité est évaluée selon la méthode mixte (ATF 133 V 504 consid. 4.2; Valterio, op. cit., n° 2175). Exceptionnellement dans certaines circonstances particulières une majoration des empêchements dans les travaux domestiques d'au maximum 15% peut être retenue si l'activité lucrative exercée à temps partiel influence sensiblement la capacité de travail résiduelle dans les tâches ménagères (ATF 134 V 9; arrêt du TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4; voir ég. 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.1 ; Valterio, op. cit., n° 2179).

E. 7.7

L'invalidité de l'assuré est évaluée impérativement selon l'une ou l'autre de ces trois méthodes, sous réserve de cas particuliers (voir infra consid. 7.8). La loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base

de tabelles d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (Valterio, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPG) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (Valterio, op. cit. n° 2051 et les références).

E. 7.8

Selon l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme [CourEDH] Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016 (n° 7186/09), l'application dans l'assurance-invalidité de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants et s'est vue de ce fait supprimer la rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente constitue une violation de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale). On ne saurait toutefois déduire des considérants de l'arrêt de la CourEDH que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité "viole la Convention" sans égard à la situation concrète dont avait à juger la CourEDH, dans laquelle le changement de statut de l'assurée - et la perte de la prestation de rente en conséquence - était lié exclusivement à la naissance de ses enfants et à la réduction (hypothétique) du taux d'activité qui s'en est suivie (cf. ATF 143 I 50, consid. 4.4, voir ég. ATF 143 I 60; arrêt du TF 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4 ; cf. aussi Anne-Sylvie Dupont, Arrêt Di Trizio c. Suisse - une appréciation, in : REAS 2016 p. 479; Thomas Gächter / Michael E. Meier, Der Entscheid "Di Trizio": Wirklich eine Rechtssache für den EGMR?, in REAS 2016 p. 483 s.).

E. 7.9.1

En l'espèce, la recourante a présenté une première demande de prestations de sorte que la procédure ne relève pas d'une révision du droit aux prestations, singulièrement de l'octroi d'une rente suivi de la suppression de celle-ci à la suite d'une modification notable des circonstances (liée à la naissance d'un enfant et de l'intention, en conséquence, de travailler à temps partiel). Par ailleurs, la recourante n'a plus à assumer de charges éducatives à l'égard d'enfants mineurs, de sorte que la volonté (hypothétique) de travailler à temps partiel ne repose pas sur un motif d'ordre familial mais bien d'un choix personnel (cf. 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4 in fine). Aussi la recourante n'allègue pas qu'elle aurait travaillé à un taux supérieur de celui de 60% qui était le sien avant l'atteinte à la santé, elle a même indiqué qu'en bonne santé elle aurait continué de travailler à 60% (pce 68.2 p. 10), ni que son taux de travail de 60% était un choix lié à des activités sportives ou de hobbies particuliers. Par contre il appert du dossier que l'intéressée a engagé dès mars 2011 une femme de ménage (~ 200.-/mois) pour effectuer des tâches qu'elle a indiqué ne pas pouvoir accomplir ni confier à son mari du fait de ses longues journées de travail, et ce malgré des conditions financières difficiles (cf. pce 68.2 p. 2). Il s'ensuit de ce qui précède, dont le consid. 7.4.2 i.f. (précisant quand le pourcentage de temps restant pour les tâches ménagères et les limitations y relatives entrent en considération pour l'application de la méthode mixte), que ladite méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, pour autant que le recours à une femme de ménage était justifié, ce sur quoi ni l'enquête ménagère, ni le rapport MEDAS 2013, ni l'office AI ne se prononce, a été appliquée à bon droit au cas d'espèce pour la décision dont est recours, rendue par ailleurs avant le changement de jurisprudence

de l'ATF 142 V 290 du 4 mai 2016.

E. 7.9.2

Il sied cependant de relever vu les conditions d'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, dont celle indiquée supra au consid. 7.4.2 i.f. (tâches ménagères confiées à des tiers moyennant rémunération) et le fait que selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1), il y aura lieu vu l'issue de la procédure d'effectuer une nouvelle enquête ménagère pour la nouvelle décision devant être rendue, complétée d'une appréciation médicale des limitations dans les tâches ménagères (cf. Gabriela Riemer-Kafka, *Expertises en médecine des assurances*, 2e éd. 2012, p. 61), respectivement du bien-fondé du recours à une femme de ménage, afin de déterminer quelle méthode doit être appliquée entre la méthode mixte ou la méthode générale avec prise en compte de la limitation dans le domaine lucratif de façon proportionnelle - en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel (cf. supra consid. 7.5.2 ; ATF 142 V 290 consid. 6 [examen économique comparatif des méthodes] et 7 [fondement de la prise en compte de la limitation dans le domaine lucratif de façon proportionnelle] ; p. ex. arrêt du TF 9C_432/2016 cité spéc. consid. 5.2-5.4).

E. 7.10

Selon une jurisprudence constante, 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, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 8.1

Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase, LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. La loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI).

E. 8.1.1

Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI

conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, op. cit., n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

E. 8.1.2

La tâche d'un centre d'observation médicale (COMAI) auquel l'Office AI peut recourir en vertu de l'art. 59 al. 3 LAI est d'apprécier, sur mandat de l'office AI, l'état de santé de l'assuré dans son ensemble lorsqu'un tel examen s'avère particulièrement difficile et ne peut être effectué d'une autre manière (Valterio, op. cit., n° 2607). Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens (médecins spécialisés) et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. Il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du COMAI plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (cf. arrêt du TF I 513/05 du 5 septembre 2006 consid. 5.4 et les références; Valterio, loc. cit.). Les organes d'un centre d'observation professionnelle (COPAI) ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (arrêt du TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1). Il appartient cependant avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause (arrêt du TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). Dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle (COPAI) diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction de la part du COMAI ou du COPAI (arrêt du TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références).

E. 8.2

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis 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. 2bis 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 (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

E. 8.3

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 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1). Au demeurant, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11

juin 2010 consid. 4.1 ; cf. Valterio, op. cit. n° 2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 8.4

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b). Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, 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). S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), 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 minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). 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 médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 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 qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). 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). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

E. 8.5

Dans le domaine des assurances sociales, l'administration, et le cas échéant le Tribunal, fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références).

E. 9

Est litigieux le droit de l'assurée à une rente d'invalidité à compter du 1er août 2011 vu le dépôt de la demande de prestations en date du 21 février 2011 (cf. supra consid. 2.2), en l'occurrence le bien-fondé de la décision du 3 juin 2014 ayant rejeté la demande de rente au motif d'un taux d'invalidité de 22% soit inférieur à 40% (cf. supra consid. 6.3).

E. 10.1

L'Office AI du canton d'Argovie, respectivement l'OAIE, a rejeté la demande de rente en se fondant principalement sur le rapport d'expertise du MEDAS K._____ du 7 octobre 2013, le rapport du Dr H._____ de son SMR du 5 novembre 2013 reprenant les conclusions du rapport MEDAS 2013, l'enquête ménagère du 7 mars 2014 ayant déterminé une incapacité de travail dans les tâches ménagères de 24% rapportée à un 40% sur un 100% et son évaluation de l'invalidité dans les activités lucratives de 20.71% rapportée à un taux d'activité de 60% sur un 100%, déterminant une invalidité de 22% n'ouvrant pas le droit à une rente. L'AI retint notamment que l'intéressée était en mesure d'exercer à temps complet une activité légère (non pas légère à moyenne comme indiqué dans le rapport MEDAS 2013) avec une diminution de rendement de 20% d'origine psychique. Dans ses écritures suite au recours interjeté, l'administration se rapporta aux éléments du dossier et à son projet de décision, respectivement sa décision, n'ayant rien à ajouter.

E. 10.2

La recourante contesta la décision faisant valoir s'opposer au taux d'invalidité de 22%, soulignant que son état de santé ne s'était pas amélioré à ce jour (cf. attestations d'arrêts de travail à 100% produites par acte du 3 avril 2014). Elle joignit à son recours des documents médicaux en partie antérieurs / concomitants à la décision entreprise n'ayant pas été versés aux actes (notamment une correspondance du Dr R._____, oncologue, du 29 octobre 2013, un certificat médical du Dr F._____, pneumologue, du 3 juin 2014) ainsi qu'un rapport ultérieur à la décision entreprise, mais concernant également la période antérieure à ladite décision, de la Dre T._____, psychiatre, du 13 juin 2014 (cf. supra J). Par ces documents elle fit valoir indirectement entre autres des plaintes fonctionnelles dominées par des douleurs articulaires au niveau des chevilles, des chutes signalées à répétition, un lymphoedème du membre supérieur droit, un problème de syndrome d'apnées du sommeil, une insomnie quasi-totale, une dyspnée d'effort de grade II, un trouble restrictif documenté, un syndrome dépressif sévère réactionnel, un état d'anxiété aiguë avec des plaintes somatiques, son psychiatre ayant attesté un état de santé actuel ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle.

E. 10.3

Il sied de souligner qu'à la suite du recours, bien que la recourante fût représentée, l'intéressée n'a pas étayé son recours lors de l'échange des écritures et l'office intimé ne s'est pas exprimé sur les pièces produites outre que d'indiquer n'avoir rien à ajouter à son projet de décision, respectivement sa décision.

E. 11

Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGa, et en particulier 7 al. 2 LPGa, est l'ensemble des éléments et constatations médicales établies selon la maxime inquisitoriale (art. 43 al. 1 LPGa ; cf. supra consid. 2.3) par l'administration. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). En cas de recours contre une décision de l'administration, en vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit définir les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). S'agissant d'un recours à l'encontre d'une décision sans griefs précis, comme en l'espèce, autres que la contestation du taux d'invalidité retenu de 22% avec de nouvelles pièces médicales concernant la période avant la décision entreprise, permettant de comprendre, comme en l'espèce, que la recourante conclut implicitement à l'octroi d'une rente, l'autorité saisie doit établir l'état de faits d'office, 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 ; supra consid. 2.3).

E. 12.1

La décision de l'OAI-AG, respectivement de l'OAI-E, se fonde principalement sur l'expertise MEDAS K. _____ 2013. La valeur probante d'un rapport médical nécessite qu'il se fonde sur des examens complets, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; cf. supra consid. 8.3).

E. 12.2

L'expertise précitée énonce les pièces au dossier, expose de façon détaillée le cadre de vie de l'intéressée, ses plaintes exprimées en juillet -août 2013 notamment de douleurs et de diminution de motricité fine du bras droit et de la main droite, de manque de concentration, d'obligation de porter un manchon de contention au bras droit du matin au soir, de nécessité de tout porter du côté gauche, de douleurs au membre inférieur droit, de maux de tête et migraines se déclenchant presque chaque matin, d'état dépressif et anxieux. A l'examen, il fut notamment relevé dans la région de la cicatrice du sein droit deux durcissements particulièrement sensibles, un léger lymphoedème diffus sur le haut du membre supérieur droit, une nette diminution de force du bras droit et de la main droite. Les diagnostics retenus avec incidence sur la capacité de travail furent 1° un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) développé les deux dernières années, 2° un carcinome du sein droit invasif canalaire (C50.9), diagnostiqué la première fois en novembre 2010 avec lymphoedème dans la région du bras droit, thérapie médicamenteuse actuelle par inhibiteur d'aromatase, status post tumorectomie et lymphadénectomie à l'aisselle droite en novembre 2010, status post chimio- et radio-thérapie adjuvante, pas d'indication clinique ou par imagerie pour une récurrence tumorale locale ou pour une dissémination de métastases, 3° léger trouble ventilatoire restrictif pulmonaire fonctionnel et légère limitation de la capacité de diffusion du CO (monoxyde de carbone), status post embolie pulmonaire (11.12.2010).

Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail furent 4° des migraines sans [recte : avec aura] se produisant à basse fréquence, 5° obésité BMI 31.2, 6° léger syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Sur les plans gynécologique, pneumologique et neurologique conciliés les experts ont retenu une pleine capacité de travail recouvrée dans une activité légère à moyenne sous réserve d'une limitation de la capacité de travail en raison d'un lymphoedème au niveau du bras droit restreignant le port de charge de plus de 5 kg. Sur le plan psychiatrique la capacité de travail fut appréciée diminuée de 20% par rapport à la capacité de travail définie sur le plan somatique en raison d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Les experts définirent l'incapacité de travail totale d'octobre 2010 à juin 2011 au plus tard et indiquèrent une pleine capacité de travail dans une activité légère à moyenne adaptée avec une diminution de rendement de 20% à compter du 1er juillet 2011, une activité de vendeuse devant être envisagée en première ligne. Ils préconisèrent - à la date de leur expertise - une reprise de travail à 50% portée à 100% graduellement sur une année.

E. 12.3

Le Dr H._____ du SMR dans son rapport du 5 novembre 2013 résuma les diagnostics et constatations et reprit les conclusions du rapport d'expertise sans cependant reprendre la préconisation d'une reprise de travail à 50% pour la porter graduellement à 100% sur une année et retint ainsi une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1er juillet 2011 avec une diminution de rendement de 20%. L'Office AI rendit sa décision de rente en retenant une pleine capacité de travail dans une activité légère avec une diminution de rendement de 20%.

E. 12.4.1

S'il appert de l'expertise du MEDAS 2013 (examens des 3, 4 juillet et 20 août 2013) un relevé détaillé dans le cadre de l'anamnèse des plaintes de l'assurée (cf. supra C.b.a) et des pièces référencées du dossier des plaintes de dyspnées au moindre effort, de douleurs thoraciques, de fatigue extrême relevées par le Dr G._____ le 4 juillet 2011, de fatigue avec dépression réactionnelle, de capacité de travail recouvrée théoriquement au 1er janvier 2012 six mois après la fin de la radiothérapie, avec éventuellement un rendement diminué en raison de la fatigue et des effets secondaires de l'aromatase-hormonothérapie selon le rapport du Dr H._____ du 19 décembre 2011, un handicap fonctionnel total, des douleurs, un lymphoedem important invalidant le membre supérieur droit, des migraines, un syndrome anxio-dépressif réactionnel indiqués dans le rapport du Dr G._____ du 23 août 2012, il n'appert pas dans l'expertise du MEDAS 2013 de discussions relatives aux importantes plaintes évoquées dans le dossier et également relevées dans l'anamnèse de l'expertise MEDAS 2013. Le rapport MEDAS 2013 ne discute pas dans le temps l'évolution des plaintes et leur prise en compte dans le temps dans les divers rapports médicaux. A ce titre le Tribunal de céans peine à se convaincre de la pleine valeur probante de l'expertise du MEDAS 2013 retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée légère à moyenne à compter du 1er juillet 2011 alors que selon le Dr H._____ du SMR même une pleine capacité de travail était envisagée théoriquement qu'à compter du 1er janvier 2012 six mois après la fin de la radiothérapie et qu'il appert des documents médicaux au dossier qu'au moins de juillet 2011 à août 2012 l'intéressée présentait une incapacité de travail importante sinon totale sur la base des documents au dossier. Il sied également de relever que l'intéressée indique porter un manchon de contention de matin au soir sans que cela ne soit discuté dans le cadre d'une activité légère à moyenne. Le rapport MEDAS 2013 n'ayant

pas indiqué pourquoi, avec une démonstration étayée, il retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée légère à moyenne sous réserve d'une diminution de rendement de 20% déjà à compter du 1er juillet 2011, sans prendre en compte un délai de six mois suivant la radiothérapie comme relevé usuel par le Dr H._____, ni les problèmes liés au membre supérieur droit (douleurs ainsi que diminution de force et de motricité fine du bras droit et de la main droite, port d'un manchon de contention au bras droit du matin au soir, nécessité de tout porter du côté gauche), l'appréciation de la capacité de travail retenue par le rapport MEDAS 2013 dans une activité légère à moyenne ne peut être confirmée. Par ailleurs il y a lieu de relever que le rapport MEDAS 2013 avait préconisé en date du 7 octobre 2013 une reprise de travail à 50% pour être élevée progressivement sur une année à 100%. Or cette indication contredit une pleine capacité de travail légère à moyenne dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20% à compter du 1er juillet 2011. Il sied également de relever que si le rapport MEDAS 2013 retient à la fin de l'expertise un « kosmetisch schönes Resultat » suite à la thérapie du carcinome mammaire, il y a également lieu de relever qu'à l'examen il fut noté dans la région de la cicatrice du sein droit deux durcissements dont un plus important rond, les deux particulièrement sensibles (« beide Verhärtungen sind äusserst dolent », pce 60.1 p. 13 i.f.). Or la constatation suivie de l'appréciation pour le moins surprenante remonte au 3, 4 juillet 2013 soit deux ans suivant la date du 1er juillet 2011 retenue pour une pleine capacité horaire de travail dans une activité légère à moyenne.

E. 12.4.2

Il appert de la littérature médicale (voir entre autre récemment (Etude du 15.02.2017, site consulté le 10.05.2017) : C. P. Escalante, M.D., Cancer-related fatigue: Prevalence, screening and clinical assessment : <https://www.uptodate.com/contents/cancer-related-fatigue-prevalence-screening-and-clinical-assessment>) que la fatigue associée au cancer et à son traitement est un syndrome multidimensionnel affectant la majorité des patientes et patients pendant la thérapie. Le syndrome peut perdurer plusieurs années après la fin de la thérapie et est influencé par des facteurs tant physiques, psychiques que sociaux. La fatigue peut être liée tant à la tumeur qu'à la thérapie suivie, voire aussi à des prédispositions génétiques. Le traitement de chimio-thérapie mis en place a une influence sur celle-ci. Les causes et le développement de la fatigue liée au cancer ne sont en l'état de la recherche pas entièrement établis mais il est unanimement admis que des facteurs multiples somatiques, émotionnels, cognitifs psychosociaux interfèrent et peuvent affecter 30-40% des patients une longue période encore après le traitement du cancer. Bien que la fatigue associée au cancer n'ait pas encore été référencée comme telle dans la CIM (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), et que cette fatigue se distingue clairement du syndrome de fatigue chronique (CIM-10 G93.3), il existe des critères de diagnostic définis analogues aux critères CIM-10 (voir supra la référence à C. P. Escalante, spéc. la Table 2). Dans tous les cas un fondement organique est requis pour les symptômes associés des maladies oncologiques et leur traitements (voir ATF 139 V 346 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Il sied de relever à ce sujet que le Tribunal fédéral a déjà tranché par la négative la question de savoir s'il fallait analyser les fatigues liées au cancer (cancer-related Fatigue) sous l'angle des critères développés en matière de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 139 V 346 ; arrêt du TF 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5, 9C_306/2013 du 29 août 2013 consid. 3.3).

E. 12.5

Vu ce qui précède le rapport MEDAS 2013 ne peut être retenu comme probant du fait que les plaintes de l'assurée relevées au dossier, relevées mais non prises en compte et discutées, sont objectivement non conciliables avec une pleine capacité de travail légère à moyenne retenue au 1er juillet 2011. Le rapport MEDAS 2013 n'a pas démontré le caractère infondé des plaintes notamment de fatigue importante (cf. pce 27 p. 1 ; supra faits B.) toujours exprimées à compter du 1er juillet 2011 dans les divers rapports au dossier. Il n'a également pas discuté les douleurs et la nette diminution de force et motricité fine du bras droit et de la main droite constatée lors de l'examen (cf. supra faits C.b.b), la nécessité de tout porter du côté gauche, le port d'un manchon de contention qui sont nécessairement des handicaps dans une activité légère à moyenne. Il appert par ailleurs qu'avec son recours l'intéressée a produit une documentation médicale faisant état notamment de chutes signalées à répétition rattachées selon l'intéressée à sa médication, de la persistance de son lymphoedème, d'une dyspnée d'effort de grade II, d'un syndrome dépressif sévère réactionnel, de clinophilie, de plaintes somatiques, d'anxiété aiguë, d'un état actuel permanent ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle. Or l'OAI-AG, respectivement l'OAIE, ne s'est pas prononcé sur cette documentation médicale, respectivement les plaintes invoquées affectant la capacité de travail, portant sur une période antérieure à la décision entreprise et toujours présentes a priori en discrédence avec une pleine capacité de travail dans une activité adaptée même légère retenue dans sa décision à compter du 1er juillet 2011. Il s'ensuit que la décision doit être annulée pour nouvelle instruction lege artis.

E. 13

Le renvoi est indiqué en l'espèce en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2), pour investigations complémentaires et nouvelle décision pour la période à partir du 22 juin 2011. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressée à une rente à compter du 1er août 2011 l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'assurée et de son évolution depuis le début de l'atteinte à la santé, en particulier à compter du 1er août 2011 (art. 43 al. 1 LPGA, supra consid. 9.1). Elle sollicitera une nouvelle expertise médicale comprenant les volets de gynécologie, pneumologie, neurologie, psychiatrie auprès d'un autre MEDAS en Suisse qui se prononcera sur toutes les questions pertinentes du cas d'espèce, notamment sur l'évolution dans le temps des atteintes à la santé et leurs incidences sur la capacité de travail et dans les tâches ménagères. Il sied de relever que les derniers examens remontent à plus de 4 ans. La coordination des spécialisations est selon la pratique constante une part centrale de l'interdisciplinarité. Les experts mandatés sont en dernier lieu responsables de la qualité et complétude des rapports établis dans un cadre interdisciplinaire et des conclusions interdisciplinaires retenues mais aussi d'examens effectués selon le principe d'économicité (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cas échéant l'office AI envisagera un stage d'observation professionnelle (cf. supra consid. 8.1.2).

E. 14.1

Selon la jurisprudence la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6).

E. 14.2

Vu l'issue du recours il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA). L'avance de frais de 400.- francs fournie par la recourante en cours de procédure lui est restituée.

E. 15

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 alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, ATF 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi TF 9C_846/2015 consid. 3 et 9C_654/2009 consid. 5.2). Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). En l'espèce, la recourante ayant agi par l'intermédiaire d'un organisme de soutien étranger aux assurés n'ayant pas effectué d'importantes écritures il est alloué à la partie recourante une indemnité de dépens de 300.- francs à charge de l'autorité inférieure tenant compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire et du temps consacré par le représentant du recourant.

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