

# **BVGer C-407/2014 vom 23. Januar 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-01-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-407\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-407_2014)

FR: TAF C-407/2014 du 23 janvier 2018

IT: TAF C-407/2014 del 23 gennaio 2018

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, 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. A 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'AI (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), 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**

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

### **E. 2**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et

librement. De même, le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA ; Pierre Moor, op. cit., ch. 2.2.6.5). En outre, 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, ATF 119 V 347 consid. 1a ; Moser/ Beusch/ Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd., 2013, p. 25 n. 1.55). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, *ATSG-Kommentar*, 2e édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 3**

La question litigieuse est le bien-fondé des décisions du 3 janvier 2014 par lesquelles l'autorité inférieure a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité pour la période du 1er septembre 2003 au 31 décembre 2004, puis du 1er septembre 2008 au 30 novembre 2008, et une rente entière à partir du 1er décembre 2008, mais limitée au 29 février 2012.

#### **E. 4.1**

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

#### **E. 4.2**

En l'occurrence, s'agissant du droit interne, la recourante a présenté une incapacité de travail de 50% dès le 23 septembre 2002 et la rente d'invalidité contestée a été octroyée par décisions du 3 janvier 2014. Il s'ensuit que le droit à une rente de l'AI doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 (voir notamment la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI [4e révision], entrée en vigueur le 1er janvier 2004 [RO 2003 3837, FF 2001 3045]) et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5e révision de la LAI (RO 2007 5129, FF 2005 4215), puis, dès le 1er janvier 2012, selon les dispositions de la LAI telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet [RO 2011 5659, FF 2010 1647]). Sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles de la LAI et de son règlement d'exécution en vigueur au 1er janvier 2012.

#### **E. 4.3**

Par ailleurs, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante, ressortissante française, domiciliée en France, Etat membre de la Communauté européenne, a travaillé et a été assurée en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause l'accord, entré en vigueur le 1er juin 2002, 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),

dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, les parties contractantes appliquaient entre elles, jusqu'au 31 mars 2012, 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 (RO 2004 121), et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909). Une décision du Comité mixte du 31 mars 2012 (décision n° 1/2012 [RO 2012 2345]) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée 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 (RS 0.831.109.268.1), ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). Conformément à la jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1er avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445, ATF 140 V 98 consid. 5.2, ATF 139 V 88 consid. 4, ATF 138 V 533 consid. 2.2). Cela étant, comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, la procédure ainsi que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, similaire à l'art. 3 par. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

## **E. 5**

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (OAI GE doc 10) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

## **E. 6**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI 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. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 LPGA). Selon l'art. 8 al. 3 LPGA et 5 al. 1 LAI, l'assuré majeur qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans

sa santé physique, mentale ou psychique, telle une personne s'occupant du ménage, et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, est réputé invalide si l'atteinte l'empêche d'accomplir ses travaux habituels, telles les tâches domestiques (art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Enfin, si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de tenir compte des conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels, celles-ci étant évaluées séparément. L'AI 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. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA), respectivement une incapacité à accomplir les travaux habituels pour les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut exiger qu'ils le fassent.

#### **E. 7**

Aux termes de 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. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c).

#### **E. 8**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (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 supra consid. 6). Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

## **E. 9**

Dans la présente procédure, le Tribunal administratif fédéral a jugé que les actes d'instruction ayant abouti à la décision du 15 mai 2008 étaient insuffisants pour se prononcer valablement sur l'évolution des atteintes dont souffre l'intéressée et leur incidence sur la capacité de travail. Il a donc renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle en complète l'instruction en soumettant la recourante à une expertise pluridisciplinaire en Suisse. L'autorité inférieure a confié sa réalisation au CEM-PMU à c., soit aux Drs N.\_\_\_\_\_, psychiatre, O.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, P.\_\_\_\_\_, interniste et rhumatologue, et Q.\_\_\_\_\_, interniste. Cette expertise a donné lieu à un rapport du 21 février 2012 (OAI GE doc 108).

### **E. 9.1**

Le Tribunal est d'avis, à la lecture du rapport d'expertise, que celui-ci respecte toutes les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. Tout d'abord, l'expertise a été effectuée par des médecins spécialistes, interniste, rhumatologue, orthopédiste et psychiatre, disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressée. De plus, cette mesure d'instruction revêt un caractère interdisciplinaire dès lors qu'outre les rapports établis par certains experts dans sa spécialité (rapport de consultation de psychiatrie [OAI GE doc 108 p. 18 à 23] et rapport de consultation d'orthopédie [OAI GE doc 108 p. 24 à 26]), un rapport de synthèse multidisciplinaire a été rédigé tenant compte des divers observations et avis des experts, pour aboutir à une conclusion unique, tant sur les aspects médicaux que sur la capacité de travail de la recourante (OAI GE doc 108 p. 26 pour les diagnostics et p. 31 ss pour la capacité de travail), ce qui renforce la valeur probante de l'appréciation des médecins du CEM-PMU. Finalement le rapport d'expertise du 21 février 2012, tout comme les rapports spécifiques, orthopédique et psychiatrique, tient compte des éléments au dossier (OAI GE doc 108 p. 3 à 11), a été fait en connaissance d'une anamnèse complète, familiale, personnelle, systématique, psychosociale, professionnelle et assécurologique, complétée encore lors de la consultation de psychiatrie (OAI GE doc 108 p. 11 à 16, p. 19 et 20), se fonde sur des examens circonstanciés ainsi que sur les résultats d'examen paracliniques (hématologie, chimie, bilan radiologique), effectués le 18 octobre 2011, et radiologiques (notamment IRM du genou droit mené le 26 septembre 2011 par le Dr E.\_\_\_\_\_[OAI GE doc 108 p. 11, p. 16 à 18, p. 21, p. 24 et 25]), prend en considération les plaintes exprimées par l'intéressée (OAI GE doc 108 p. 14 et 15, p. 20, p. 24), contient des discussions sur la situation médicale et les points litigieux, de même que des diagnostics et conclusions cohérents et clairement motivés (appréciation générale du cas [OAI GE doc 108 p. 27 à 33] ; discussions sur l'aspect psychiatrique et sur l'aspect orthopédique [OAI GE doc 108 p. 21 à 23, p. 25 et 26]).

#### **E. 9.2.1**

Ainsi, sur le plan psychiatrique, pour chaque diagnostic retenu, le Dr N.\_\_\_\_\_, expert psychiatre, se référant aux éléments ressortant des différentes anamnèses, du dossier ou de sa propre investigation psychiatrique, décrit le cheminement de sa réflexion et les motifs l'amenant à ces diagnostics (OAI GE doc 108 p. 21 à 23). Il explique qu'en reprenant une anamnèse psychosociale complète, il est possible de relever la présence dès l'enfance de l'intéressée, de manifestations anxieuses importantes, relativement contenues avant l'apparition des problèmes de santé somatiques, mais qui se sont alors décompensées pour apparaître sous la forme d'un trouble anxieux généralisé. Le Dr N.\_\_\_\_\_ fait de même

pour le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline qu'il observe : il relève la présence dès l'adolescence, rapportée par l'intéressée, d'un sentiment chronique de vide intérieur, et note que les relations affectives et sentimentales montrent des déviations marquées des pensées, étant la plupart du temps conflictuelles et source de profonde déstabilisation émotionnelle lors de ruptures affectives, lesquelles ont précipité chez la recourante une symptomatologie notamment dépressive. Poursuivant son raisonnement, le psychiatre met également en évidence un trouble dépressif récurrent, avec actuellement un épisode léger sans syndrome somatique, ce diagnostic s'appuyant sur la présence, avant l'apparition de la pathologie somatique et des douleurs, d'au moins deux épisodes dépressifs identifiables, avec tristesse, baisse d'estime de soi, anhédonie, perte d'appétit et pondérale, idées noires. Enfin, le Dr N. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, dans la mesure où l'intéressée évoque des douleurs somatiques intenses et chroniques, dont le soubassement ne peut être envisagé dans un modèle purement biomédical. Le psychiatre expose que la présence des conflits relationnels de la recourante, sa fragilité affective, la présence d'un vécu vraisemblablement difficile dès l'enfance, colmaté par un discours de surface qui indique que « tout s'est bien passé » en dépit de l'alcoolisme de son père, représente un terrain favorable à l'éclosion d'un tel trouble ; puis l'apparition de difficultés professionnelles, suivies d'une pathologie somatique ostéo-articulaire et sous la forme d'un cancer n'ont fait que renforcer le trouble, ces paramètres ayant dépassé les facultés d'adaptation de l'intéressée, la fixant progressivement dans un discours où la douleur prend de plus en plus de place. L'expert explique ainsi que le syndrome douloureux somatoforme est accompagné d'une comorbidité psychiatrique complexe, d'un état psychique cristallisé, signant l'échec d'élaboration de tout conflit intrapsychique, la focalisation du discours sur le corps permettant à l'intéressée d'éviter d'aborder un tel conflit, et d'une perte d'intégration sociale. Le Tribunal relève également dans ce cadre, au vu de ce qui précède, que l'état dépressif observé n'est pas une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, mais constitue un diagnostic en lui-même.

### **E. 9.2.2**

Le Dr N. \_\_\_\_\_ fait ensuite état de limitations fonctionnelles complexes sur le plan psychiatrique, qu'il motive de façon convaincante en montrant en quoi chaque atteinte qu'il a diagnostiquée restreint la capacité de la recourante à réintégrer le marché du travail. Il indique ainsi que les symptômes anxieux peuvent s'avérer envahissants, débordant le psychisme de l'intéressée, de sorte que face à tout stress, on peut craindre que celle-ci décompense d'autant plus son trouble anxieux. Par ailleurs, en raison du trouble de la personnalité, la recourante se montrera rapidement irritable, impulsive, ce qui pourra occasionner des conflits relationnels compromettant toute intégration dans un groupe. Enfin, il faut tenir compte de la pathologie dépressive, actuellement partiellement compensée grâce au traitement pharmacologique suivi (antidépresseur) et à l'absence de stimulation, notamment en raison du retrait du monde du travail, pathologie qui risquerait de se décompenser de façon significative si la recourante devait, même de façon minimale, réintégrer un processus de travail (OAI GE doc 108 p. 23).

### **E. 9.2.3**

L'expert psychiatre en vient pour terminer à l'évolution des troubles psychiatriques dans le temps, comme l'avait requis le Tribunal de céans dans son arrêt du 12 avril 2011. Il s'appuie pour ce faire sur les rapports médicaux des médecins traitants et du SMR versés au dossier

depuis 2005, qu'il apprécie et critique, de même que sur les dires de la recourante et sur ses propres observations, et motive à nouveau de façon tout à fait convaincante ses conclusions sur la capacité de travail. Ainsi, bien qu'il exprime des réserves quant à l'examen bidisciplinaire des Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ de mai 2005 (OAI GE doc 35), qui, en quelques lignes, avaient écarté tout trouble psychiatrique, le Dr N. \_\_\_\_\_ déduit toutefois des conclusions du SMR que l'intéressée ne devait pas présenter, à cette époque-là, de décompensation franche sur le plan dépressif, et de l'anamnèse de la recourante, que l'évolution était favorable sur ce même plan en 2006. Par contre, se référant à des rapports des médecins traitant de l'intéressée de mars 2007, notamment du Dr I. \_\_\_\_\_, psychiatre, lequel mentionne une anxiété et une subdépression chronique, d'intensité légère à moyenne (OAI GE doc 62), l'expert estime qu'il y a lieu de retenir dès cette date, d'un point de vue psychiatrique, une répercussion significative de l'état de santé sur la capacité de travail, soit une diminution de 50% de celle-ci, l'évolution étant par la suite de plus en plus défavorable, en particulier après que la recourante a souffert d'une nouvelle pathologie, à savoir son cancer gynécologique. Le psychiatre explique à cet égard que la cumulation des différentes pathologies est susceptible de déborder un psychisme déjà fragile pour aboutir à un épuisement des ressources adaptatives, et qu'il voit mal comment la recourante, avec la conjonction de ses troubles, aurait pu et pourrait encore aujourd'hui s'intégrer de façon satisfaisante dans un processus de reprise de travail, même de façon progressive. Par conséquent, de l'avis de l'expert, dès ce moment-là (cancer ovarien), la capacité de travail de la recourante est nulle dans le circuit économique ouvert (OAI GE doc 108 p. 23).

### **E. 9.3**

Au niveau orthopédique, les constats et conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_, fondés notamment sur des examens clinique et radiologique de l'intéressée, sont également convaincants, l'expert liant de façon pertinente le status de chaque atteinte et les éventuelles limitations fonctionnelles consécutives (OAI GE doc 108 p. 24 à 26). Ainsi, la hanche droite, ayant subi une pose de prothèse totale en janvier 2006 et deux luxations successives en 2011, ne montre aucun signe d'instabilité clinique ; la fracture au niveau de la cheville gauche survenue en 2008 (voir examens radiologiques du 14 janvier 2008 [OAI GE doc 71 p. 3 à 5, doc 73]) a guéri sans séquelles fonctionnelles ; concernant la nuque, à propos de laquelle la recourante se plaint de cervicalgies, le status est dans les limites de la norme pour l'âge, avec une cervicarthrose inférieure banale, commune et courante ; le genou droit présente radiologiquement des signes dégénératifs modérés et des lésions débutantes associées à une lésion méniscale, lésions dont l'expert orthopédiste dit qu'elles sont fréquentes chez la femme de la cinquantaine, pouvant occasionner des épisodes douloureux ; le bilan clinique lors de l'expertise est cependant plutôt rassurant avec une bonne fonction puisque l'intéressée est montée et redescendue à pieds, à deux reprises, les escaliers sur le lieu de l'expertise, soit trois étages de 22 marches chacun (OAI GE doc 108 p. 25 et 26). Le Dr O. \_\_\_\_\_ note sur cette base une absence de limitations fonctionnelles des membres supérieurs et une amplitude fonctionnelle satisfaisante des membres inférieurs, mais estime toutefois qu'en raison à la fois de la prothèse totale de la hanche droite et des troubles dégénératifs débutants du genou droit, les efforts prolongés des membres inférieurs doivent être restreints. Il conclut dès lors à une capacité de travail totale sur le plan orthopédique, dans une activité adaptée, c'est-à-dire assise, ou assise et debout avec déplacements, sans port de charge supérieur à 5 kg ; cette conclusion est partagée au niveau rhumatologique (OAI GE doc 108 p. 26 et p. 28).

#### **E. 9.4**

Au niveau oncologique enfin, il est rapporté dans le cadre de l'appréciation du cas qu'il n'y a pas de récurrence connue à ce jour, l'intéressée décrivant une fatigue chronique, dont les experts disent que même difficilement quantifiable, elle est bien connue et décrite comme invalidante et séquellaire du traitement de chimiothérapie dans la littérature actuelle (OAI GE doc 108 p. 28 et 29).

#### **E. 9.5**

Sur la base de ce qui précède, les experts du CEM-PMU ont retenu les diagnostics, avec influence essentielle sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, de trouble anxiété généralisé, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, de syndrome somatoforme douloureux persistant, de status après intervention du 23 septembre 2008 (hystérectomie totale, anexectomie, curages, etc), de status après pose de la prothèse totale de la hanche le 10 janvier 2006 et status après arthroscopie du genou droit le 8 novembre 2011, et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de laparoscopie second look avec cure d'événement sus-ombilicale le 1er septembre 2009 et d'obésité (OAI GE doc 108 p. 26). S'agissant de la capacité de travail, les experts ont conclu à une incapacité de travail de 50% pour des motifs essentiellement somatiques depuis 2002, suivant à cet égard les conclusions de l'autorité inférieure lors de la décision du 15 mai 2008, puis toujours à une incapacité de travail de 50% depuis 2007, mais cette fois-ci pour des motifs conjoints somatiques et psychiatriques, et enfin à une incapacité totale de travail depuis 2009, date à laquelle la pathologie oncologique s'est surajoutée aux diverses atteintes déjà existantes, les capacités adaptatives de la recourante étant dès lors complètement dépassées, ceci étant par ailleurs associé à une fatigue chronique post-chimiothérapie (OAI GE doc 108 p. 31 et 32).

#### **E. 10.1**

Appelé à s'exprimer sur le rapport d'expertise du CEM-PMU du 21 février 2012, le SMR, en la personne du Dr R.\_\_\_\_\_, dans son avis du 15 juin 2012 (OAI GE doc 110), a considéré que les conclusions de l'expertise précitée étaient critiquables et qu'elles ne pouvaient être retenues. Pour la période précédant 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_ s'en est remis au rapport du 12 juillet 2007 du service de réadaptation professionnelle de l'OAI GE, lequel aboutissait à une invalidité de 33% en 2003 et de 18% en 2006 (dès avril ; OAI GE doc 68), et s'est prononcé sur les seuls changements de l'état de santé de l'intéressée depuis août 2008, soit depuis l'évocation d'une formation kystique ovarienne. Il a retenu à cet égard une incapacité de travail totale dès le 23 septembre 2008, date de l'hystérectomie, suivie de six cures de chimiothérapie, l'évolution étant marquée par une récurrence d'événement avec intervention en février 2010, puis par les deux luxations de la hanche droite en mars et mai 2011, et par l'arthroscopie en octobre 2011 (recte : le 8 novembre 2011 : voir compte-rendu opératoire [OAI GE doc 121 p. 6]), de sorte que le Dr R.\_\_\_\_\_ maintient l'incapacité totale de travail jusqu'à un mois après l'arthroscopie, soit jusqu'au 26 novembre 2008 (recte : 2011). A partir de cette date, la capacité de travail serait de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr O.\_\_\_\_\_ dans le rapport d'expertise du 21 février 2012, pour autant toutefois que le cysto-adénocarcinome mucineux ovarien bilatéral soit en rémission.

#### **E. 10.2**

Le Tribunal de céans ne saurait préférer l'avis du SMR du 15 juin 2012 au rapport des experts du CEM-PMU, si ce n'est concernant la date à partir de laquelle l'incapacité de travail de la recourante est totale, soit dès la date de l'hystérectomie le 23 septembre 2008, que les experts placent à tort en 2009 dans leurs conclusions (voir OAI GE doc 108 p. 31 et OAI GE doc 87 p. 1). Outre que l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_ est succinct, en particulier en regard du rapport d'expertise du CEM-PMU, et ne se fonde pas, au contraire de l'expertise, sur un examen de l'intéressée, mais uniquement sur les rapports médicaux au dossier, le Dr R.\_\_\_\_\_, dont la prise de position consiste essentiellement à critiquer les observations et conclusions de l'expert psychiatre, est lui-même interniste et n'est donc pas un spécialiste en psychiatrie. Par ailleurs, les critiques qu'il formule ne convainquent pas le Tribunal de céans, d'autant plus qu'elles se concentrent sur le syndrome somatoforme douloureux, lequel ne représente dans l'expertise du CEM-PMU qu'un diagnostic parmi les diagnostics psychiatriques retenus et que les limitations restreignant la capacité de travail mises en évidence par les experts s'avèrent liées aux symptômes anxieux, au trouble de la personnalité et à la pathologie dépressive, bien plus qu'au syndrome somatoforme douloureux.

#### **E. 10.2.1**

Le Dr R.\_\_\_\_\_ relève ainsi, dans un premier temps, que l'appréciation faite par les experts du CEM-PMU de l'examen bi-disciplinaire effectuée au SMR en 2005 est étonnante ; évoqué de manière neutre en page 12 du rapport d'expertise, cet examen serait critiqué en page 23 (dernier paragraphe), quand l'expert psychiatre dit « exprimer des réserves quant à l'évaluation de la capacité de travail », sans toutefois dire en quoi ces réserves consistent ; ces réserves seraient réitérées en page 31 sans aucune base critique, et l'appréciation psychiatrique faite en 2005 serait pourtant admise. Il convient de répondre à cet égard que si le ton des experts du CEM-PMU est neutre en page 12 de leur rapport, c'est qu'il s'agit là du rappel anamnestique, lors duquel des faits sont mentionnés, et non pas appréciés. Quant aux réserves exprimées par le Dr N.\_\_\_\_\_ en pages 23 et 31, ce dernier en a exposé les motifs au bas de la page 21 : il indique ainsi que la lecture du rapport de 2005 des Drs F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ pose question, « étant donné que l'anamnèse psychosociale et psychiatrique ne comporte en tout et pour tout que six lignes, ce qui interroge sur la nature de l'investigation effectuée à ce moment » ; il ajoute qu'au vu de l'anamnèse que l'expertisée lui a livrée lors de l'expertise, il ne peut en aucun cas relever, comme l'ont fait ses collègues en 2005, que « du point de vue psychiatrique, l'anamnèse est vierge, le status ne met en évidence aucune maladie qui pourrait porter atteinte à la capacité de travail ». Même sans les indications du Dr N.\_\_\_\_\_, les réserves de ce dernier à l'égard de l'examen du SMR de 2005 s'expliquent d'elles-mêmes, précisément par l'aspect sommaire de l'évaluation psychiatrique des Drs F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, et par le fait que, dans la partie de l'expertise consacrée à l'aspect psychiatrique du cas, l'expert psychiatre mentionne à plusieurs reprises la présence chez l'intéressée de troubles psychiatriques dès l'enfance ou l'adolescence, alors que les Drs F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ avaient, en quelques lignes, écarté toute atteinte psychiatrique. Enfin, il ne paraît pas au Tribunal que le Dr N.\_\_\_\_\_ admet l'appréciation psychiatrique de 2005 : il ne conclut pas en effet à l'absence de troubles psychologiques à cette époque, mais postule que l'intéressée ne devait pas présenter, à cette époque-là, de décompensation franche sur le plan dépressif, ce qui peut s'expliquer par le peu d'éléments relevés par le psychiatre du SMR dans le rapport de mai 2005 ; car on peut supposer que si la recourante avait alors présenté une décompensation, les médecins du SMR l'auraient observée et rapportée.

### **E. 10.2.2**

Dans un second temps, le Dr R. \_\_\_\_\_ critique l'existence, mise en évidence par l'expert psychiatre du CEM-PMU et qu'il conteste, de chacun des critères jurisprudentiels permettant d'admettre le caractère invalidant du syndrome somatoforme douloureux persistant dont souffre la recourante. La jurisprudence avait en effet dégagé, au cours de ces dernières années, un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352, ATF 131 V 49). Selon cette jurisprudence, il existait une présomption que ces syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le Tribunal fédéral avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes, parmi lesquels, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, puis l'existence d'affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique, et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Les critiques du médecin du SMR à cet égard ne convainquent pas non plus le Tribunal de céans. Tel qu'elles ressortent de la lecture de l'avis du SMR du 15 juin 2012, elles constituent au mieux une appréciation différente d'une même situation, toutefois plus sommaire et bien moins motivée que celle du Dr N. \_\_\_\_\_, et, qui plus est, émanant d'un médecin qui n'est pas psychiatre et n'a pas rencontré l'intéressée.

### **E. 11.1**

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a en juin 2015, soit durant la présente procédure de recours, modifié en profondeur sa pratique relative aux troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281 ; pour un résumé des points principaux : voir ATF 141 V 281 consid. 6 ; voir également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3804/2014 du 21 septembre 2015 consid. 5). Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur par un effort de volonté raisonnablement exigible. La Haute Cour a également jugé qu'il convenait de renoncer à l'exigence d'une comorbidité psychiatrique et à son rôle prépondérant. Dorénavant, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, globale et ouverte, sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative. Le Tribunal fédéral a décrit des indicateurs standards (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3), qui permettent de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part, tout en soulignant que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list et qu'il faut toujours tenir compte des circonstances du cas concret. Il a indiqué par ailleurs qu'il convient, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles), et de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, au vu en particulier de sa personnalité et du contexte social dans lequel elle évolue. Le Tribunal fédéral a encore rappelé que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien celle

tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA, qui exige la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité. La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a considéré que la jurisprudence de l'ATF 137 V 210 consid. 6 gardait sa pertinence par analogie dans le sens que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdaient pas de fait leur valeur probante. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8).

### **E. 11.2**

Il appert en outre que dans deux arrêts récents, 8C\_841/2016 et 8C\_130/2017, du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que l'approche développée pour clarifier le droit à une rente d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux doit s'appliquer dorénavant à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes. Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe, aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne pouvant être déduite du seul diagnostic. Il convient dès lors d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs susmentionnés (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Or, selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3). Avec le changement de pratique adopté par le Tribunal fédéral, cela ne vaut plus de manière aussi absolue. La question déterminante est de savoir, comme pour les autres maladies psychiques, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante.

### **E. 11.3**

A cet égard, le Tribunal de céans considère en l'espèce, comme l'autorité inférieure dans sa prise de position du 18 décembre 2015 et le Dr T. \_\_\_\_\_, du SMR, dans son avis du 14 décembre 2015 rendu en cours de procédure de recours et dans lequel il examine l'expertise du CEM-PMU à l'aune de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TAF pce 28), qu'en l'occurrence, cette expertise, compte tenu de sa qualité, permet une appréciation convaincante de la situation, également au regard de la nouvelle jurisprudence précitée. Elle s'avère conforme à cette nouvelle jurisprudence qui commande une appréciation globale et ouverte des affections de la recourante, sans résultat prédéfini (voir en particulier OAI GE doc 108 p. 22 et 23). Ainsi, tous les diagnostics des troubles psychiques ont été posés selon les règles de l'art (voir supra consid. 9.2.1), ce que ni l'autorité inférieure, ni le SMR ne contestent. En outre, conformément à la nouvelle jurisprudence, qui a souligné que les indicateurs établis ne doivent pas être utilisés comme simple chek-list, l'expert psychiatre du CEM-PMU a soigneusement pondéré les facteurs d'incapacités d'une part et les ressources, pratiquement inexistantes, de l'intéressée d'autre part. Il a ainsi mis en évidence l'existence de manifestations anxieuses importantes dès l'enfance, d'un sentiment chronique

de vide intérieur, la fragilité affective de l'intéressée, la présence de conflits relationnels et d'un vécu vraisemblablement difficile dans l'enfance, dû en particulier à l'alcoolisme paternel ; il a expliqué ensuite que les difficultés professionnelles rencontrées par la recourante (importantes difficultés relationnelles, avec des « prises de becs », des comportements impulsifs aboutissant à un licenciement [OAI GE doc 108 p. 19]), l'apparition d'une pathologie somatique ostéo-articulaire, puis du cancer avaient renforcé le trouble douloureux et dépassé les facultés d'adaptation de l'intéressée ; il a rapporté également la présence d'une comorbidité psychiatrique complexe, caractérisée par un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, et une symptomatologie anxieuse et dépressive, celle-ci liée à la survenance, avant l'apparition de la pathologie somatique, d'en tout cas deux épisodes dépressifs plus sévères. A cet égard, le Dr N.\_\_\_\_\_ a lui-même signalé que la symptomatologie n'était certes pas fortement décompensée actuellement, mais que cela était le cas car la recourante était traitée sur le plan psychopharmacologique, avec de la Fluoxétine (antidépresseur), et qu'en raison de son retrait du monde du travail, elle ne vivait aucune stimulation risquant de provoquer une décompensation significative. S'agissant des traitements suivis, il ressort du rapport d'expertise qu'en raison du trouble de la personnalité, conjugué au trouble somatoforme, la recourante s'est montrée à ce jour peu disposée à entamer une prise en charge psychiatrique (voir également à cet égard OAI GE doc 108 p. 12 3e paragraphe), la focalisation du discours sur le corps lui permettant d'éviter des affects trop douloureux ; l'expert psychiatre estime donc que si la médication pourrait être adaptée au vu du trouble anxieux généralisé, il y a peu à espérer d'un suivi psychiatrique. De plus, le Dr N.\_\_\_\_\_, rapportant que la vie sociale décrite par la recourante (voir notamment OAI GE doc 108 p. 14 point 1) se résume à son mari et à quelques amis, a qualifié cette vie sociale de pauvre, insuffisante pour évoquer la présence d'une intégration sociale. L'expert psychiatre a ainsi montré qu'on ne pouvait plus raisonnablement exiger de la recourante qu'elle reprenne une activité, quelle qu'elle soit, celle-ci n'ayant plus les capacités adaptatives nécessaires et sa symptomatologie n'étant compensée qu'en raison de son retrait de la vie active. Enfin, les experts du CEM-PMU ont tenu compte, dans leur évaluation, de l'évolution des problèmes de santé de la recourante à travers le temps, attestant d'incapacités différenciées selon les époques. Leur appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'intéressée est donc convaincante, complète et nuancée.

#### **E. 11.4**

On ne saurait par conséquent suivre à ce propos l'avis du 14 décembre 2015 du SMR, établi par le Dr T.\_\_\_\_\_. Ce médecin, qui, à nouveau, n'est pas psychiatre et n'a pas rencontré la recourante, se contente en effet, dans cet avis succinct et peu motivé, de prendre systématiquement, pour les critères jurisprudentiels qu'il traite, le pendant de la position de l'expert psychiatre, à l'exception toutefois du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, que le SMR partage, tout en le considérant comme non incapacitant. En particulier, le Dr T.\_\_\_\_\_ note une absence de cohérence entre les plaintes de l'intéressée concernant les douleurs importantes dont elle souffrirait et l'attitude de celle-ci rapportée par le Dr O.\_\_\_\_\_, expert orthopédiste lors de l'expertise au CEM-PMU, qui indique que la marche s'effectue relativement aisément, sans boiterie, et que l'intéressée a monté trois étages par l'escalier. Ainsi, pour le SMR, l'importance des douleurs alléguées par la recourante ne coïnciderait pas avec le peu de répercussion de celles-ci sur la vie courante. Or, il convient de relever, à ce sujet, que les experts du CEM-PMU n'ont eux-mêmes retenu, dans leurs conclusions au niveau somatique, que très peu de limitations fonctionnelles au

moment de l'expertise et une capacité de travail totale dans une activité adaptée ; dans le même temps, les limitations restreignant la capacité de travail au niveau psychiatrique s'avèrent liées aux symptômes anxieux, au trouble de la personnalité et à la pathologie dépressive, susceptibles de décompenser en cas de stress, bien plus qu'au syndrome somatoforme douloureux. Ainsi, s'ils ont relevé les plaintes de l'intéressée concernant ses douleurs, les experts du CEM-PMU ont procédé à un examen rigoureux de l'état de la recourante et rendu leurs conclusions sur la base de leurs propres observations, lesquelles ne contiennent ni contradictions, ni incohérences.

### **E. 12.1**

Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, le Tribunal de céans se rallie à l'appréciation convaincante des experts du CEM-PMU (OAI GE doc 108 p. 31 à 32), et conclut à une capacité de travail de 50% dans toute activité dès septembre 2002, pour des motifs essentiellement somatiques. Ceci correspond d'ailleurs aux conclusions de l'autorité inférieure (voir motivation des décisions litigieuses [OAI GE doc 137]), qui a toutefois limité cette incapacité de travail à septembre 2004, notant, dans la motivation des décisions contestées, que dès la fin du contrat de travail de l'intéressée en septembre 2004, cette dernière aurait été à même de reprendre un travail dans un poste adapté à un taux oscillant entre 60% et 70%. Or, cette amélioration ne ressort pas des rapports médicaux au dossier. En effet, dès 2003, les Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, médecins traitants, concluaient à une capacité dans l'activité habituelle de 40% d'un taux d'activité de 100%, capacité devenant nulle dès février 2004 pour le Dr C.\_\_\_\_\_ (rapports des 27 juin, 21 octobre, 5 novembre 2003 et 27 septembre 2004 [OAI GE doc 13 p. 3, docs 14 à 16, docs 17 à 19, docs 22 à 24]), tandis que des examens radiologiques des 22 octobre 2004, puis 6 janvier 2005 révélaient une coxarthrose de la hanche droite, (rapports de la Polyclinique de b. du 22 octobre 2004 et du Dr E.\_\_\_\_\_ du 12 avril 2005 [OAI GE doc 26 p. 2, doc 32 p. 2 et 3]). Dans leur rapport du 27 mai 2005 (OAI GE doc 35 p. 3 à 10), les Drs F.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, du SMR, renaient d'ailleurs la coxarthrose comme premier diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ; en outre, s'ils ne partageaient pas l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ sur l'incapacité de travail totale de l'intéressée dès septembre 2004, ils concluaient toujours à cette date, comme en septembre 2002, à une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 65% dans une activité adaptée, précisant qu'une amélioration de la capacité de travail, jusqu'à 100% même dans l'activité habituelle, pourrait avoir lieu à leur avis, si la recourante bénéficiait d'une prothèse totale de hanche, d'une perte pondérale et d'une rééducation intensive (voir également rapport d'examen SMR du 8 juin 2005 [OAI GE doc 35 p. 1 et 2]). Or, la mise en place de la prothèse totale de la hanche droite a eu lieu en janvier 2006 (OAI GE doc 49 p. 5). Il sied de relever par ailleurs que l'autorité inférieure n'a pas expliqué pourquoi elle estimait que la capacité de travail de la recourante s'était améliorée en septembre 2004, ni pourquoi elle s'éloignait, de ce fait, de l'avis des médecins du SMR. Le Tribunal continue donc de suivre l'opinion des experts qui ont pour leur part considéré que l'incapacité de travail se maintenait à 50% pour des raisons somatiques, et ce, jusqu'en 2007. Certes, dans des rapports des 3 et 31 janvier 2007, et 5 avril 2007 (OAI GE doc 49 p. 1 à 4, doc 56), les Drs C.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ notaient un état de santé amélioré et moins de douleurs à la hanche depuis janvier 2006, le Dr D.\_\_\_\_\_ retenant une capacité de 80% dans un travail assis, comme secrétaire (OAI GE doc 63). Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, du SMR, il concluait dans sa prise de position du 24 avril 2007 (OAI GE doc 65) à une capacité de travail totale dans un poste sans port de charges lourdes après une convalescence de deux à trois mois suite à la mise en place de la prothèse.

Cependant, outre que ces rapports sont très succincts et non motivés, les Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ y réservaient leur pronostic et concluait qu'une reprise de travail semblait difficile, voire impossible, tandis que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la capacité de travail. Par ailleurs, le Tribunal de céans avait lui-même relevé, dans son arrêt C-3792/2008 du 12 avril 2011 (OAI GE doc 100 p. 21), que s'il n'excluait pas l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, celui-ci était néanmoins des plus concis et qu'une arthroplastie totale de la hanche était une intervention conséquente, dont les résultats concrets auraient dû être quantifiés dans le cadre d'une expertise. Il appert à cet égard que les experts du CEM-PMU ont eu connaissance de ces différents rapports à l'occasion de l'expertise, sans que cela ne modifie leurs conclusions (OAI GE doc 108 p. 5 et 6).

### **E. 12.2**

Suivant toujours les experts du CEM-PMU, le Tribunal de céans conclut au maintien d'une capacité de travail de 50% depuis 2007, plus précisément depuis mars 2007, cette fois pour des motifs conjoints, somatiques et psychiatriques. En effet, ainsi que l'ont relevé les experts, il est fait état, dans le rapport du 24 mars 2007 du Dr I. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant alors la recourante (OAI GE doc 62), d'anxiété et de subdépression chronique, diagnostics considérés par le Dr I. \_\_\_\_\_ comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Le psychiatre décrivait alors une symptomatologie anxieuse et dépressive d'intensité légère ou moyenne évoluant, traitée depuis plusieurs années par antidépresseurs à visée thymique et antalgique, dans un contexte de douleurs chroniques ; il rapportait deux épisodes dépressifs francs par le passé et une réticence chez l'intéressée à l'évocation d'une dimension psychologique dans ses difficultés, rendant une démarche psychothérapeutique prématurée ; le pronostic était réservé et la reprise d'une activité professionnelle jugée peu probable à court ou moyen terme. On peut relever à cet égard que déjà dans son rapport du 3 janvier 2007 (OAI GE doc 49 p. 1 à 4), le Dr C. \_\_\_\_\_ notait une dépression et de l'anxiété, précisant qu'une prise en charge psychiatrique avait été refusée par sa patiente, ce que confirmait le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 avril 2007 (OAI GE doc 63). Sur cette base, l'évaluation de l'incapacité de travail, estimée à 50% par les experts, est convaincante, dans la mesure en particulier où les troubles somatiques sont toujours rapportés, sous forme notamment de douleurs dorsales et de troubles dégénératifs modérés au niveau des épaules, des mains ainsi que de la cheville (OAI GE doc 49 p. 2, doc 62, doc 63, doc 77) ; le Dr C. \_\_\_\_\_ certifie d'ailleurs, le 17 avril 2008, que la recourante est apte à travailler à temps partiel (OAI GE doc 77 p. 2).

### **E. 12.3**

Enfin, le Tribunal de céans retient, comme les experts du CEM-PMU, une incapacité de travail totale dans toute activité dès la date de l'hystérectomie rendue nécessaire suite à l'apparition de la pathologie oncologique, intervention qui date du 23 septembre 2008 (OAI GE doc 87 p. 1) et non de 2009, comme l'indiquent à tort les experts dans leur rapport d'expertise (voir OAI GE doc 108 p. 31). Le SMR, dans l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2012 (OAI GE doc 110), de même que l'autorité inférieure dans les décisions entreprises, concluent également à une incapacité de 100% dès le 23 septembre 2008, qu'ils limitent toutefois à novembre 2011, l'évolution ayant été marquée, suite à l'hystérectomie, par six cures de chimiothérapie, une récidive d'éventration avec intervention en février 2010, deux luxations de prothèse de hanche réduites sous narcose les 30 mars et 3 mai 2011 et une arthroscopie le 8 novembre 2011. Le Tribunal de céans se rallie là encore aux experts du CEM-PMU qui ont bien démontré que dès l'apparition du cancer des ovaires, le cumul des

diverses pathologie a largement décompensé un équilibre déjà précaire pour aboutir à un épuisement des ressources adaptatives, de sorte que la capacité de travail est nulle et reste nulle dès ce moment-là.

### **E. 13**

Suite à l'expertise du CEM-PMU, d'autres documents médicaux ont été versés au dossier, sur lesquels le SMR, en la personne du Dr T.\_\_\_\_\_, a rendu divers avis. Cependant, aucun de ces documents ou avis ne vient mettre en cause les conclusions des experts du CEM-PMU.

#### **E. 13.1**

Ainsi, un rapport du 12 juillet 2012 du Dr S.\_\_\_\_\_ produit à la demande de l'OAI GE fait état de la rémission complète du cancer ovarien, confirmant l'absence de récurrence observée par les experts dans leur rapport du 21 février 2012 (voir supra consid. 9.4), le dernier contrôle effectué par la recourante auprès du Dr S.\_\_\_\_\_ datant du 20 mars 2012 (OAI GE doc 114). Un rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2012 indique que l'état de santé de l'intéressée s'est aggravé depuis septembre 2011 en raison d'une arthrose du genou droit ayant nécessité une intervention en novembre 2011 ; ce rapport est accompagné de deux comptes-rendus d'hospitalisation des 30 mars et 3 mai 2011 pour luxations de la hanche droite, des résultats de radiographies de l'épaule droite du 23 septembre 2011, des résultats d'imagerie des genoux des 26 septembre 2011, 4 septembre 2012 et 26 octobre 2012, du compte-rendu opératoire du 8 novembre 2011 relatif à l'arthroscopie du genou droit et d'une ordonnance pour des médicaments du 23 octobre 2012 (OAI GE doc 121). Or, les experts du CEM-PMU avaient connaissance et ont tenu compte dans leur rapport en particulier des luxations de la hanche droite, de l'IRM des genoux de septembre 2011 et de l'arthroscopie du 8 novembre 2011 (OAI GE doc 108 p. 11, p. 24, p. 25 en bas et p. 26) ; par ailleurs, un bilan radiologique de la colonne, des mains, du bassin, des genoux, de la cheville gauche et des pieds a été effectué au Centre V.\_\_\_\_\_, à leur demande, le 18 octobre 2011. Quant aux documents postérieurs à la date du rapport d'expertise du 21 février 2012, ils se résument à des résultats d'examen, sans plus de précisions concernant d'éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions de ces résultats sur la capacité de travail. Enfin, le Dr C.\_\_\_\_\_, dans son bref rapport du 26 octobre 2012, se contente de répondre par la négative à la question de savoir si un retour au travail de sa patiente serait envisageable, sans autre motivation que l'aggravation des atteintes aux genoux en septembre 2011, qu'il rapporte très sommairement et qui, quoiqu'il en soit, est antérieure à l'expertise.

#### **E. 13.2**

En procédure d'audition, suite au projet de décision de l'OAI GE du 5 mars 2013 (OAI GE doc 128), la recourante, qui s'y est opposée, a versé au dossier un rapport du 14 mars 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, qui fait état d'une méniscolcalcine sans arthrose importante au genou gauche, d'une gonarthrose externe au genou droit pour lequel elle a bénéficié d'une viscosupplémentation, sans succès, et d'une lombo-sciatalgie (OAI GE doc 133 p. 21), les résultats d'une IRM lombaire du 21 mars 2013 illustrant une spondylodiscarthrose s'étendant sur l'ensemble de la colonne lombaire, avec des protrusions discales de L1-L2 à L5-S1 et une hernie discale en L3-L4 (OAI GE doc 133 p. 22 et 23), les résultats d'une IRM pelvienne du 22 mars 2013 concluant à un status après hystérectomie totale, sans effet de masse pathologique identifiable (OAI GE doc 133 p. 24), ainsi qu'un certificat du Dr X.\_\_\_\_\_ du 3 avril 2013 attestant d'une respiration costale durant la nuit,

qui favorise les reflux de l'estomac et leur cortège de symptômes ORL et des lombalgies (OAI GE doc 133 p. 25). Une fois encore, ces documents ne comportent que des résultats d'examens radiologiques et cliniques, sans appréciation et analyse quant à l'effet de ces atteintes sur les aptitudes, notamment au travail, de la recourante, de sorte qu'on ne saurait en tirer des conclusions à cet égard, pouvant questionner celles des experts du CEM-PMU. Quant au certificat du Dr C. \_\_\_\_\_ du 4 avril 2013 (OAI GE doc 133 p. 26), également produit par la recourante à cette occasion, qui atteste que l'intéressée ne présente pas d'amélioration de son état de santé et que son état anxio-dépressif s'est même aggravé depuis que son époux a perdu son emploi, il vient renforcer, bien que peu détaillé, les constats et conclusions des experts, en particulier du Dr N. \_\_\_\_\_ concernant l'état psychique de la recourante.

### **E. 13.3**

De son côté, le SMR, par le truchement du Dr T. \_\_\_\_\_, s'est contenté, dans ses avis du 19 février 2013, puis du 16 juillet 2013 sur les nouveaux documents médicaux précités, de réaffirmer en quelques lignes les conclusions de l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2012, déjà discuté (OAI GE docs 125 et 136).

### **E. 13.4**

En procédure de recours, la recourante a encore produit : - deux comptes-rendus opératoires, le premier, du 1er avril 2014, concernant un changement cotyloïdien en raison d'une luxation récidivante de prothèse de la hanche droite, le second, du 15 avril 2014, relatif à un nettoyage articulaire et ablation d'insert en raison d'une arthrite septique sur prothèse de la hanche (TAF pce 5), - les résultats d'examens du 1er août 2014 du rachis lombaire, concluant à une lombodiscarthrose pluri-étagée sévère de L2-L3 et de L5-S1, et des genoux, concluant à une gonarthrose à droite et à un pincement fémoro-tibial gauche sur fond de chondrocalcinose, ainsi que deux ordonnances du Dr C. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2014 (TAF pce 14), - un certificat du 6 novembre 2014 dans lequel le Dr W. \_\_\_\_\_ indique une gonarthrose majeure à droite, nécessitant la pose d'une prothèse totale, et un certificat du 21 novembre 2014 du Dr C. \_\_\_\_\_ faisant état d'une aggravation de l'état de santé, avec l'apparition d'une hypertension artérielle (TAF pces 18, 20), - un compte-rendu opératoire du 9 janvier 2015 du Dr W. \_\_\_\_\_, concernant la pose d'une prothèse totale du genou droit, et un compte-rendu opératoire du 26 janvier 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale, digestive et coelioscopique, relatif à une laparotomie exploratrice pour exploration du grêle et libération d'adhérences (TAF pce 22), - les résultats d'une radiographie du bassin et du genou gauche du 21 octobre 2015, un rapport du 3 décembre 2015 relatif à une viscosupplémentation de la hanche gauche et des ordonnances du Dr C. \_\_\_\_\_ des 4 novembre et 2 décembre 2015 (TAF pce 26). Il s'agit là de documents tous postérieurs aux décisions contestées du 3 janvier 2014. Or, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, le Tribunal ne peut en principe prendre en considération 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'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). En l'espèce, les documents précités se limitent pour l'essentiel à poser des diagnostics, déjà connus pour la plupart, à mentionner des résultats d'examens ou à décrire des interventions chirurgicales, sans se prononcer sur les conséquences de ces situations médicales sur la capacité de l'intéressée à exercer une activité. Ils rapportent toutefois que certaines atteintes, comme la gonarthrose du genou

droit, la luxation récidivante de la prothèse de la hanche droite et l'arthrite septique de cette même hanche par exemple, ont nécessité des traitements, témoignant d'un état de santé dégradé, qui va dans le sens des conclusions des experts du CEM-PMU pour lesquels, dès l'apparition de la pathologie oncologique, le cumul des diverses pathologies somatiques, ajoutées aux pathologies psychiatriques, justifie une pleine incapacité de travail.

### **E. 13.5**

Durant cette même procédure de recours, le Dr T. \_\_\_\_\_ a rendu deux avis, l'un du 15 septembre 2014, dans lequel le médecin du SMR se limite à déclarer, sans autres investigations, que les nouvelles pièces médicales versées au dossier ne contiennent aucun élément nouveau permettant de s'écarter des conclusions précédentes (TAF pce 16), l'autre du 14 décembre 2015 (TAF pce 28), déjà analysé au considérant 11.3 ci-avant.

### **E. 14.1**

Le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Ainsi le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA (méthode générale). Pour les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé, on compare les activités qu'une personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité (méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI). Conformément à la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les références). Enfin, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est calculé au moyen de la méthode dite mixte (art. 28a al. 3 LAI).

### **E. 14.2**

Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (art. 28a LAI) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle (art. 27bis RAI ; ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3). Le Tribunal administratif fédéral a déjà dit, dans son arrêt C-3792/2008 du 12 avril 2011 (OAI GE doc 100), qu'il fallait en l'espèce déterminer le degré d'invalidité de la recourante en application de la méthode mixte, ce que l'autorité inférieure a fait dans le cadre des décisions attaquées et ce qui n'a pas été contesté par l'intéressée. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

### **E. 14.3**

Dans la méthode mixte, les deux méthodes, générale et spécifique, étaient jusqu'à présent pondérées en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées. Ce mode de calcul revenait toutefois à tenir compte de manière disproportionnée du fait que l'activité lucrative est exercée à temps partiel, pénalisant ainsi principalement les femmes, plus

souvent concernées par une activité à temps partiel ; il a dès lors été qualifié de discriminatoire par la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) dans un arrêt n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016. Selon cet arrêt, l'application dans l'AI 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 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH, RS 0.101) en relation avec l'art. 8 CEDH (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5). Le Conseil fédéral a donc élaboré un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, et modifié le règlement sur l'AI en conséquence, avec effet au 1er janvier 2018. Dorénavant, le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative, toujours régi par l'art. 16 LPG, se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps, la perte de gain exprimée en pourcentage étant ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide et on pondère ce pourcentage par la différence entre le taux d'occupation de l'assuré sans invalidité et une activité lucrative exercée à plein temps.

#### **E. 14.4**

En l'espèce toutefois, on ne se trouve pas dans l'éventualité visée par l'arrêt de la CourEDH de la suppression d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une révision, où seuls des motifs d'ordre familial conduisant à un changement de statut de la personne assurée auraient été retenus ; en effet, d'une part, il s'agit en l'occurrence d'une décision initiale de rente, et d'autre part, il ne ressort pas du dossier que la recourante a réduit son taux d'activité à 80% pour des raisons familiales. Or, dans un souci de traitement égal et uniforme des personnes assurées, le Tribunal fédéral a considéré que la méthode mixte telle que pratiquée avant la modification entrant en vigueur au 1er janvier 2018 doit continuer à s'appliquer dans les cas qui ne sont pas visés par l'arrêt de la CourEDH, la méthode mixte modifiée ne trouvant application que pour les décisions rendues dès le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5). Il convient dès lors ici de déterminer le taux d'invalidité de l'intéressée selon le mode de calcul de la méthode mixte en vigueur avant le 1er janvier 2018.

#### **E. 14.5**

Ainsi, concernant l'invalidité pour l'activité lucrative, il convient de se fonder sur le salaire de la recourante indiqué par son employeur pour l'année 2003, soit CHF 40'716.- pour un taux d'occupation de 80% (CHF 3'132.- x 13 ; voir questionnaire pour l'employeur [OAI GE doc 12]). Ce salaire correspond au salaire sans invalidité. L'incapacité de travail étant de 50%, le revenu avec invalidité est de CHF 20'358.-, de sorte que la perte de gain est également de CHF 20'358.- et le taux d'invalidité pour l'activité lucrative, de 50%. En tenant compte du taux d'occupation de 80%, on obtient un taux d'invalidité partiel de 40%. À compter du 23 septembre 2008, l'incapacité de travail de l'intéressée dans l'exercice d'une activité lucrative s'étant aggravée pour atteindre 100% (voir supra consid. 12.3), le taux d'invalidité partiel s'est élevé à 80%, en tenant compte du taux d'occupation de 80%.

#### **E. 14.6**

S'agissant du taux d'invalidité pour les travaux habituels, le rapport d'enquête économique sur le ménage, effectuée le 21 janvier 2008 (OAI GE doc 70), retenait des empêchements peu importants, l'intéressée ayant su répartir ses activités sur la semaine et parvenant ainsi très bien à tenir son ménage, qu'elle pouvait conduire normalement ; par ailleurs, l'aide apportée par son mari n'avait été prise en compte que partiellement car celui-ci avait un travail lourd, avec des horaires irréguliers, à l'aéroport. Ainsi, la recourante préparait les repas, s'asseyant lorsque cela était possible, faisait la vaisselle, en l'absence de lave-vaisselle, passait l'aspirateur, ne faisait pas les courses si ce n'est avec son mari, n'aimant plus sortir et ne conduisant pas, faisait la lessive et le repassage fréquemment mais en petite quantité, de sorte à ne pas porter de sacs de linge trop lourds et à ne pas rester trop longtemps debout ; enfin elle s'occupait de son petit chien et de son chat sans avoir à les sortir car ils sortaient seuls par la chatière. Le taux d'invalidité déterminé se montait dès lors à 9%. Si quelques changements dans l'exécution du ménage sont apparus depuis, ils ne remettent cependant pas en cause le taux d'invalidité de 9% déterminé précédemment. En effet, il ressort du rapport d'expertise du CEM-PMU du 21 février 2012 (OAI GE doc 108 p. 16) et de la lettre de U. \_\_\_\_\_ (TAF pce 35) que, comme auparavant, la recourante s'occupe de son chien et de son chat, prépare les repas, fait un peu de repassage et met la machine à laver en marche ; elle fait les courses accompagnée, soit par son mari soit par son amie U. \_\_\_\_\_, quand son époux n'est pas disponible. Les autres tâches sont dorénavant effectuées, tant par un ami que par le mari de la recourante ou par U. \_\_\_\_\_, qui dit se rendre chez l'intéressée quand celle-ci en a besoin, pour des tâches telles que passer l'aspirateur, laver les sols, faire les lits et du repassage. Or, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références). Afin de satisfaire à cette obligation, l'assuré qui s'occupe du ménage doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour améliorer sa capacité de travail, par exemple en organisant son travail, en adoptant une méthode de travail adéquate ou en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés ; l'assuré demandera également, dans une mesure convenable, l'aide de ses proches. Il sied de préciser à cet égard qu'une incapacité ne peut être admise chez une personne travaillant dans le ménage que si les tâches lui incombant doivent être assumées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui subissent de ce fait une perte de gain ou, du moins, une charge extraordinaire. Ainsi, l'aide des proches va plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références, ATF 130 V 97 consid. 3.3.3, arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). En l'espèce, l'aide apportée à la recourante dans son ménage ne paraît, à la lecture des pièces au dossier, ni être rémunérée ni constituer une charge extraordinaire pour ses proches ; U. \_\_\_\_\_ précise d'ailleurs dans sa lettre qu'elle apporte son aide de façon amicale et gratuite. A noter en outre que si au moment de l'enquête ménagère, le mari de la recourante travaillait à l'aéroport avec des horaires irréguliers, ne lui permettant pas toujours d'être disponible pour apporter son aide au ménage, il ressort du certificat du Dr C. \_\_\_\_\_ du 4 avril 2013 (OAI GE doc 133 p. 26) qu'il était alors sans emploi. Enfin, il convient de relever que le rapport d'expertise du 21 février 2012 fait état de limitations fonctionnelles somatiques qui ne sont pas de nature à empêcher la recourante d'exécuter à tout le moins une part des travaux domestiques, et que dans la mesure où ces tâches, s'effectuant à la maison, ne nécessitent ni réintégration dans un processus de travail,

ni intégration dans un groupe de personnes, elles sont compatibles avec les limitations fonctionnelles observées par les experts au niveau psychiatrique. Dès lors, en tenant compte des 20% dédiés aux travaux habituels, l'invalidité de 9% donne un taux d'invalidité partiel de 2%.

#### **E. 14.7**

En conséquence, à partir du 1er septembre 2003, soit au terme du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, la recourante présente un degré d'invalidité total de 42% lui ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité alloué dès cette même date (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Puis à compter du 23 septembre 2008, elle présente un taux d'invalidité total de 82% ouvrant droit à une rente entière d'invalidité. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, 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, ce qui est le cas en l'espèce. Par conséquent, la recourante a droit au versement de la rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2008.

#### **E. 15**

Partant, dans la mesure où la recourante avait conclu à une demi-rente d'invalidité du 1er septembre 2003 au 22 septembre 2008 et à une rente entière dès le 23 septembre 2008, le recours est partiellement admis, et les décisions du 3 janvier 2014 sont réformées en ce sens qu'est reconnu à la recourante le droit à un quart de rente d'invalidité du 1er septembre 2003 au 30 novembre 2008, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2008. Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au versement des prestations arriérées dues, ainsi que, le cas échéant, des intérêts moratoires dus.

#### **E. 16**

La présente procédure étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI), fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 400.-, la recourante, qui ne succombe que partiellement, doit en conséquence s'acquitter de frais de justice fixés à CHF 100.-, qui seront toutefois imputés sur l'avance de frais de CHF 400.- qu'elle a versée au cours de l'instruction. Le surplus, de CHF 300.-, lui sera remboursé sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA). Par ailleurs, la recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens réduits pour la présente procédure. Compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, consistant en un recours de 18 pages, en une réplique de 12 pages, en des observations de 9 pages et en une dizaine de courriers divers, il se justifie d'allouer une indemnité de CHF 2'500.-, à la charge de l'autorité inférieure.

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