

BVGer C-4911/2013 vom 15. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4911_2013

FR: TAF C-4911/2013 du 15 septembre 2016

IT: TAF C-4911/2013 del 15 settembre 2016

Regeste

Evaluation de l'invalidité

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

En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), selon lequel 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, l'Office cantonal des assurances sociales de Genève a enregistré et instruit la demande dont la décision, notifiée par l'OAIE conformément à la

disposition précitée (al. 2 in fine), a été déférée devant le Tribunal de céans.

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). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. Toutefois les dispositions de la 5e révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont également applicables, vu le dépôt de la demande le 18 septembre 2009, s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive que les dispositions citées ci-après sont également celles en vigueur jusqu'à cette date. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er mars 2010 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande déposée le 18 septembre 2009 [pce 2]) jusqu'au 3 juillet 2013, 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. 2.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 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 (cf. 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 (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 2.3

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 (cf. 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 117 V 287 consid. 4).

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 883/2004). Le règlement 883/2004 - qui a donc remplacé le règlement 1408/71 - n'ouvre toutefois aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 140 V 98 consid. 5.2; ATF 138 V 392 consid. 4.1.3). En l'occurrence, compte tenu de la période litigieuse, le litige doit être tranché sous l'angle des deux règlements précités (cf. ATF 140 V 98 consid. 5.2).

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. L'art. 3 al. 1 du règlement n° 1408/71 prévoyait une disposition analogue.

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. 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.

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 du recours est le bien-fondé de la décision attaquée ayant limité dans le temps du 1er mars au 30 novembre 2010 le droit à un trois-quarts de rente et le droit non reconnu à des mesures d'ordre professionnel ultérieurement en raison d'un taux d'invalidité de 0% à compter du 1er septembre 2010, soit un taux inférieur au taux seuil de 20% ouvrant le droit cas échéant à des mesures d'ordre professionnel.

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. 45 du règlement 1408/71 / art. 6 et 45 du règlement 883/2004). La recourante 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

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. 6.3

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; arrêt du TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2; art. 4 et 7 du règlement 883/04).

E. 6.4

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. 6.5

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 6.6

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI lequel prévoit à l'al. 1 que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soin découlant de l'invalidité d'un assuré s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable.

E. 6.7

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. 7.1

La recourante a travaillé en Suisse en dernier lieu jusqu'au 12 février 2009 (Fin des rapports de travail au 30 novembre 2009) comme nettoyeuse et concierge. Depuis le 13 février 2009, elle n'a pas repris d'activité lucrative.

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. Selon l'art. 16 LPGA, 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 (méthode générale).

E. 7.3

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 (art. 28a al. 2 LAI et 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2; arrêt du TF 9C_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4). 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 (ATF 130 V 97, ATF 130 V 61 consid. 6.1.2; arrêts du TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1; I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1). Le résultat de l'enquête aboutit à une évaluation des limitations fonctionnelles 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 (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2159). Lorsque l'on est en présence d'une pathologie psychique, et qu'il existe des divergences entre les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir des travaux habituels et les conclusions de l'enquête à domicile, les constatations médicales ont en principe plus de poids du fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte et des empêchements en résultant (cf. les arrêts du TF C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2. et les références, 9C_687/2014 cité consid. 4.3.1).

E. 7.4

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 non lucrative au sens de l'art. 5

LAI (cf. supra 7.3), il convient de pondérer les deux méthodes (méthode mixte) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI; ATF 125 V 146 = Pratique VSI 1999 p. 231; ATF 130 V 97 consid. 3.4; ATF 137 V 334 consid. 5 avec critiques). Pour déterminer, en cas d'avis contradictoires, la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. 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 la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision. Il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 146 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références citées; arrêt du TF I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 5.2). Avant d'appliquer la méthode mixte, l'office AI doit au préalable, comme pour les autres méthodes d'évaluation de l'invalidité, déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'activité que l'assuré exercerait s'il n'était pas atteint dans sa santé sans tenir compte du taux d'activité qui pourrait raisonnablement être exigé s'il était en bonne santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3, ATF 133 V 477 consid. 6.3; ATF 125 V 146 consid. 2c et les références; Valterio, op. cit., n° 2172 ss). Il sied de relever dans le cadre de cet arrêt que la méthode mixte a été jugée contraire à l'art. 14 combiné avec l'art. 8 de la CEDH le 2 février 2016 par la CrEDH (arrêt 7186/09 Di Trizio c. Suisse entré en force).

E. 7.5

L'invalidité de l'assuré est évaluée impérativement selon l'une ou l'autre de ces trois méthodes, réserve faite de la méthode dite extraordinaire s'agissant des personnes exerçant une activité lucrative indépendante et pour lesquelles un calcul suffisamment sûr des revenus à comparer n'est pas possible nécessitant une appréciation de la répercussion économique de la baisse de rendement induite par l'invalidité (cf. ATF 128 V 29 consid. 1; arrêt du TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009; Valterio, op. cit., n° 2183 ss). La loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tables 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). Selon une jurisprudence constante, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c).

E. 7.6

En l'espèce l'administration a établi qu'il y avait lieu d'évaluer l'invalidité de l'assurée selon la méthode mixte, qu'en l'occurrence son activité lucrative se montait à 62% d'un 100% et que son activité dans les tâches ménagères se montait à 38% d'un 100%. L'administration a également établi à la suite de l'enquête ménagère que l'intéressée était limitée dans celles-ci à hauteur de 18%. Ces pourcentages n'ont pas été contestés. Comme d'ailleurs l'octroi d'un

trois-quarts de rente pour un taux d'invalidité de 69% n'a pas été contesté pour la durée de mars à novembre 2010. Il sied de rappeler que la cessation du droit à la rente allouée est, dans la présente cause, objet de la contestation au sens d'une conclusion subsidiaire, la conclusion principale du recours étant la reconnaissance d'une invalidité d'un taux supérieure à 20% ouvrant le droit à des mesures de réinsertion professionnelle.

E. 8.1

Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. supra consid. 2.2). L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23). 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. 8.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). 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). En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations approfondies et

d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (voir spéc. Valterio, op. cit., n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est 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).

E. 8.2.1

Sur un plan général, eu égard aux griefs de la recourante quant aux experts l'ayant examinée à la Clinique K._____, on relèvera que pour qu'un médecin puisse remplir la fonction d'expert il doit disposer de connaissances spécialisées dans le domaine d'expertise (arrêts du TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références), un titre de médecin FMH suisse n'étant cependant pas exigé (arrêt du TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3; Valterio, op. cit. n° 2912). Du moins le médecin qui vise le rapport doit disposer des connaissances spécialisées requises (arrêts du TF 9C_53/2009 consid. 4.2; I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et I 178/00 du 3 août 2000 consid. 4a). Le titre de docteur n'est pas déterminant pour l'exercice d'une activité médicale mais un diplôme fédéral ou étranger, respectivement un titre de formation continue correspondant. Le médecin doit dès lors fournir des indications qui attestent qu'il a le droit de pratiquer dans une spécialisation donnée (arrêt du TF 9C_588/2010 du 3 novembre 2010 consid. 3.2). La formation de spécialiste peut avoir été acquise à l'étranger (arrêts du TF 9C_53/2009 consid. 4.2 du 29 mai 2009; 9C_588/2010 loc. cit.).

E. 8.2.2

Selon l'art. 15 al. 1 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMed, RS 811.11), est reconnu le diplôme étranger dont l'équivalence avec un diplôme fédéral est établie dans un traité sur la reconnaissance réciproque des diplômes conclu avec l'Etat concerné, et dont le titulaire maîtrise une langue nationale suisse. Un diplôme étranger reconnu déploie en Suisse les mêmes effets qu'un diplôme fédéral (al. 2). La reconnaissance relève de la compétence de la Commission des professions médicales (al. 3). Selon l'art. 21 LPMed est reconnu le titre postgrade étranger dont l'équivalence avec un titre postgrade fédéral est établie dans un traité sur la reconnaissance réciproque des titres postgrades conclu avec l'Etat concerné et dont le titulaire maîtrise une langue nationale suisse (al. 1). Un titre postgrade étranger reconnu déploie en Suisse les mêmes effets que le titre postgrade fédéral correspondant (al. 2). La reconnaissance de titres postgrades étrangers relève de la compétence de la Commission des professions médicales (al. 3). De plus et selon l'art. 34 LPMed l'exercice d'une profession médicale universitaire à titre indépendant requiert une autorisation du canton sur le territoire duquel la profession médicale est exercée. L'art. 36 LPMed précise que l'autorisation de pratiquer à titre indépendant est octroyée si le requérant: a. est titulaire du diplôme fédéral correspondant, b. est digne de confiance et présente, tant physiquement que psychiquement, les garanties nécessaires à un exercice irréprochable de la profession (al. 1). Toute personne qui veut exercer la profession de médecin ou de chiropraticien à titre indépendant doit, en plus, être titulaire du titre postgrade fédéral correspondant (al. 2). Or selon l'art. 18 LPMed la formation postgrade dure au moins 2 ans et au plus 6 ans. En cas de formation postgrade à temps partiel la durée est prolongée en conséquence.

E. 8.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des 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 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical 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, le juge est tenu d'examiner s'il est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Le simple fait qu'un avis médical divergent - 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).

E. 8.4

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 16 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. 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. 9

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (arrêt du TF I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 5 = Pratique VSI 2004 p. 188; cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a, pour sa part, admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité en application de l'assurance-accidents, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité, fondées sur des critères différents car l'assurance-accident ne prend en compte que le rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'invalidité alors que ces critères ne sont pas déterminants pour l'assurance-invalidité (cf. ATF 133 V 549 consid. 6.2), sont donc indépendantes (cf. arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3; Valterio, op. cit., n° 2053 s.). Cela ne veut pas dire que les évaluations de l'invalidité de l'assurance-accident ne doivent pas être examinées comme indices d'une évaluation sérieuse et ne pas être intégrées dans le processus de décision (ATF 133 V 549 consid. 6.3 s.). L'indépendance des décisions n'implique également pas que des expertises ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance, en particulier s'il appert que l'expertise (pluridisciplinaire) réalisée pour un assureur-accident a porté sur l'état de santé du recourant dans son ensemble, que les experts n'ont pas limité leur champ d'investigation à la seule question de la causalité (naturelle) entre les événements accidentels et les atteintes à la santé qu'ils ont diagnostiquées et que les conclusions ne s'en sont pas limitées aux aspects propres à l'assurance-accident, que les experts se sont prononcés de manière globale sur les affections et leurs répercussions éventuelles sur la capacité de travail de l'assuré (cf. l'arrêt du TF 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.1; pour le rapport de causalité adéquate en assurance-accident voir p. ex. Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 379 ss, spéc. 383 ss ; ATF 134 V 109, 117 V 359 ; arrêt du TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3).

E. 10

Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire K._____, l'autorité inférieure a par sa décision attaquée reconnu à l'intéressée un trois-quarts de rente d'invalidité limitée dans le temps du 1er mars 2010 au 30 novembre 2010. Dans son recours la recourante conteste matériellement en substance qu'il ne lui soit plus reconnu d'invalidité à compter du 1er septembre 2010, évaluation mettant un terme à sa rente au 31 octobre 2010, respectivement

que ses limitations fonctionnelles ne lui ouvrent pas de droit à des mesures d'ordre professionnel au motif d'un taux d'invalidité de 0% inférieur au seuil de 20% ouvrant le droit à de telles mesures. Elle conclut ainsi principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'autorité inférieure afin que celle-ci mette en place une procédure de reclassement professionnel, concluant implicitement à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 20% et plus. Subsidiairement la recourante conclut au maintien de son trois-quarts de rente, contestant ce faisant le bien-fondé des conclusions de l'expertise médicale, respectivement de la décision de l'OAIE de ne plus lui reconnaître d'invalidité au 1er septembre 2010. Dans son écriture spontanée du 14 décembre 2015 la recourante a de plus, à l'appui de ses conclusions, conclut à ce que le Tribunal de céans ordonne une expertise judiciaire. Il est rappelé que la recourante fonde sa contestation de la décision attaquée en substance sur l'allégué que les experts qui se sont prononcés sur son invalidité n'étaient pas au bénéfice des spécialisations médicales requises et reconnues à cette fin ni n'avaient les connaissances asséurologiques nécessaires pour déterminer son invalidité économique. Dans ses écritures la recourante a mis en doute la capacité des médecins-experts de pouvoir se déterminer sur sa capacité de travail relevant pour l'essentiel que ceux-ci étaient des praticiens français dont les qualités pour exécuter la mission d'expertise lui paraissaient douteuses, qu'ils n'étaient qu'au bénéfice sans autres examens d'une attestation de reconnaissance de la Commission des professions médicales, au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Genève entre 6 et 12 mois au moment où la SUVA avait mandaté la Clinique K._____, qu'il était certain que ceux-ci ne connaissaient pas les réquisits des expertises médicales selon le droit suisse. Dans sa réplique du 25 novembre 2013 la recourante souleva un deuxième grief formel, à savoir que l'expertise K._____ avait relevé que son mari était au bénéfice d'une rente AI alors que cela était d'aucune pertinence, mettant en cause la neutralité des experts. Les deux griefs formels sont traités infra respectivement aux consid. 11.1-3 et 11.4-6.

E. 11.1

Sur la base des documents au dossier (figurant en partie déjà dans les actes) et du résultat du complément d'instruction du 27 octobre 2015 effectué par le Tribunal de céans, il est établi que les médecins ayant pratiqué l'expertise pour le compte de la Clinique K._____, sur mandat de l'assureur-accidents, soit les Drs L._____, O._____, N._____ et M._____, disposent tous, outre un diplôme en médecine reconnu au plan fédéral et le titre de docteur (ce titre n'étant pas déterminant en soi, cf. supra 8.2.1), des qualifications requises dans le domaine de leur spécialisation, soit d'un titre postgrade reconnu au plan fédéral. Ils ont également tous été autorisés par la Direction générale de la santé de la République et Canton de Genève à exercer la profession de médecin à titre indépendant ou à titre dépendant dans le canton de Genève dans leur domaine de compétence respectif, ce qui suppose l'expérience requise (consid. 8.2.2). En particulier, sur la base de leurs dossiers respectifs, la Dresse L._____ a été autorisée par la Direction générale de la santé à pratiquer en qualité de médecin spécialiste en rhumatologie le 18 juillet 2011, la Dresse O._____ en qualité de médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie le 15 juillet 2011, le Dr N._____ en qualité de médecin spécialiste en neurologie le 15 décembre 2010, le Dr M._____ en qualité de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie le 23 février 2011, donc bien avant l'exécution du mandat d'expertise les 7 et 15 décembre 2011 et le 4 janvier 2012. Une copie des curriculum vitae desdits médecins experts, avec leurs expériences respectives, excepté pour le premier expert dont la recourante disposait desdites copies, a été remise à la recourante, respectivement son représentant, par acte du 9

décembre 2015 (pce TAF 23). Les griefs formels de la recourante selon lesquels les experts ne disposaient pas des compétences et autorisations nécessaires à l'exercice de leur spécialisation y compris dans le cadre d'une expertise médicale, sont ainsi, bien que maintenus, contraires aux actes et doivent dès lors être rejetés.

E. 11.2

Il sied de relever que la Clinique K._____ travaille avec l'assurance-invalidité en qualité de COMAI et est reconnue par l'OFAS comme apte à établir des expertises pluridisciplinaires (cf. aussi l'arrêt de ce tribunal C-2496/2013 du 5 octobre 2015). L'assurée s'est soumise à une telle expertise sans avoir allégué des motifs de récusation contre un ou plusieurs experts désignés ou d'autres griefs sur le plan formel (cf. état de fait J supra).

E. 11.3

Le grief in abstracto de la recourante, respectivement de son représentant, dans le prolongement de la mise en question de l'existence des compétences requises, selon lequel les médecins qui l'ont examinée auraient obtenu leur autorisation à pratiquer peu de temps avant le mandat donné à la Clinique K._____, et implicitement ne connaîtraient pas les réquisits des expertises judiciaires selon le droit suisse, réitéré encore dans l'écriture spontanée du 14 décembre 2015, est un grief matériel visant la valeur probante de l'expertise K._____ et sera examiné dans le cadre de l'examen matériel de celle-ci.

E. 11.4

Dans ses écritures la recourante, respectivement son avocat, a également soulevé le grief que l'expertise avait relevé que son mari était au bénéfice d'une rente AI et que « cette affirmation clairement discriminante ne repose sur aucun fondement » (cf. réplique du 25 novembre 2013, p. 2). L'intéressée ne développa pas plus le grief ni ne contesta le fait que son mari soit au bénéfice d'une rente AI. Il n'appert pas de l'expertise que la question ait été discutée entre l'intéressée et un ou les experts. A la page 25 de l'expertise il est indiqué que le mari de l'intéressée, victime d'un accident de la route en 2000, ne travaillant pas, « bénéficie d'une rente AI partielle » et à la page 89 il est mentionné que « ce fait pourrait constituer un obstacle à la reprise du travail, car non motivant pour reprendre une activité à temps plein, avec un conjoint ne travaillant pas ». Le grief invoqué par la recourante est de nature formel dans la mesure où il soulève une éventuelle prévention des experts pouvant fonder leur récusation. Les motifs de récusation pour un expert sont identiques à ceux qui valent pour le juge (132 V 93 consid. 7.1). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 loc. cit.). Il convient d'admettre le soupçon de partialité lorsque l'expert s'autorise à émettre des jugements de valeur sur des aspects essentiels de la personnalité de l'une des parties comme le sexe, l'origine, la race, la religion ou l'orientation sexuelle (ATF 120 V 357 consid. 3b). Plus généralement, tout jugement de valeur sur la personne apparaît critiquable (arrêt du TF 8C_509/2008 du 4 février 2009 consid. 7 ; Jacques Olivier Piguet, *Le choix de l'expert et sa récusation: le cas particulier des assurances sociales*, HAVE/REAS 2011, p. 133). Selon la jurisprudence rendue en matière

de récusation d'un juge, applicable par analogie à la récusation d'experts judiciaires, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 132 II 485 consid. 4.3, ATF 126 V 303 consid. 1b non publié mais publié dans SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités; Piguet, op. cit., p. 135 ; arrêt du TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

E. 11.5

En l'occurrence pour qu'une prévention des experts puisse in casu être retenue il faudrait que les termes utilisés par les experts dans leur rapport relativement à la situation du mari de l'intéressée soient tels qu'ils suscitent l'impression d'un parti pris in initio de l'expertise. Or tel n'est pas le cas de la simple mention dans l'expertise - sans autre appréciation - d'une situation de couple avec un mari au bénéfice d'une rente AI partielle et in fine de l'indication que ce fait pourrait être un handicap, une non-motivation à une reprise d'emploi à temps plein. In casu une prévention des experts ne peut être retenue au motif que les indications ne font que mentionner un état de fait sans aucune connotation subjective qui a toute raison d'être indiqué dans le cas de l'anamnèse d'un assuré car le fait en question s'inscrit dans le cadre de son milieu social familial. Par ailleurs, il sied de relever que le représentant de la recourante a soulevé ce grief que dans sa réplique sans l'étayer, ce qui dénote que le grief a été soulevé sans réelle pertinence, à titre ampliatif subsidiaire et non déterminant.

E. 11.6

En résumé les griefs formels avancés par la recourante contre la valeur probante de l'expertise K._____ sont sans fondement et ne peuvent être retenus. Il convient dès lors d'examiner si matériellement l'expertise K._____ remplit les exigences de valeur probante et permet au tribunal de confirmer la décision attaquée ayant alloué à l'intéressée une rente d'invalidité de durée déterminée.

E. 12.1

L'expertise K._____, que l'on peut qualifier de complète sur les plans rhumatologique, neurologique et psychiatrique, n'est cependant pas exempte de faiblesse, notamment sur le plan oto-rhino-laryngologique. Elle comprend une anamnèse de l'assurée et de son cadre familial, tient compte des antécédents de l'assurée et de ses plaintes, rend compte d'examen cliniques détaillés sur les plans rhumatologique, neurologique, psychiatrique, mais ne fait état que d'une appréciation oto-rhino-laryngologique rapportée sur dossier (pas de rapport écrit spécialisé). Chacune des atteintes à la santé de l'intéressée est analysée avec une appréciation sur la capacité de travail liée, les évaluations sont en relation avec le status actuel de l'intéressée dans les domaines rhumatologique, neurologique et psychiatrique. Les conclusions de l'expertise en relation avec les examens sur la personne réalisés sont claires, les incidences sur la capacité de travail des diverses atteintes sont pondérées et prises en compte dans une appréciation globale motivée. L'expertise est en soi probante selon les critères de la jurisprudence relativement aux domaines médicaux qui ont fait l'objet d'un examen sur la personne (cf. consid. 8.2) sous réserve du volet oto-rhino-laryngologique sur dossier vu que l'appréciation ORL sur dossier (sans examen sur la personne) influence l'appréciation globale de l'expertise pluridisciplinaire de façon notable.

E. 12.2

L'expertise K._____, dans sa partie « discussion et synthèse polydisciplinaire », à la suite des analyses détaillées et complètes par spécialisations médicales rhumatologique,

neurologique, psychiatrique et d'un avis rapporté sur dossier oto-rhino-laryngologique (supra K : pas de rapport écrit), retint, sur une seule base somatique de cervicalgies et lombalgies chroniques d'origine dégénérative avec allégués de sensations de vertiges, des limitations de la capacité de travail comme suit: pas de position en porte-à-faux cervicale et lombaire, port de charges légères jusqu'à 10 kg occasionnellement ou inférieure à 5 kg souvent, pas de déplacement en hauteur (en raison des vertiges), de conduite d'engins vibrants, les limitations étant en lien avec l'état dégénératif du rachis. Une incapacité de travail fut admise « pour les seules suites de l'accident » (pce 54 p. 94) jusqu'au 13 août 2010 dans tout type d'emploi. Puis à compter du 14 août 2010, dans l'activité antérieure, la capacité de travail fut établie à 50% horaire et 100% de rendement en raison de l'état dégénératif du rachis cervical et lombaire. Il ne fut pas retenu d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

E. 12.3

Selon les experts l'assurée a subi un traumatisme cranio-cérébral le 13 février 2009. Suite à l'accident les diagnostics de contusion occipitale avec probable distorsion cervicale bénigne et vertige positionnel bénin gauche ont été posés (pce 54, p. 35, p. 93). Sur le plan locomoteur, l'examen lors de l'expertise fin 2011 / début 2012 mit en évidence notamment une palpation douloureuse et une limitation de la mobilité du rachis cervical, un état dégénératif du rachis cervical caractérisé par une discopathie dégénérative C5-C6 avec pincement discal modéré mais sans conflit disco-radulaire. Une contusion occipitale avec possible entorse cervicale fut retenue mais ne devant plus avoir d'effets, un whiplash ne fut pas retenu. L'arthrose cervicale qualifiée de sévère et antérieure à l'accident fut indiquée pouvant expliquer la persistance d'un fond douloureux permanent. Au niveau du rachis lombaire le rapport releva des lombalgies alléguées nettement aggravées depuis l'accident au niveau L5-S1, toutefois la manoeuvre de Lasègue fut qualifiée de négative et la distance doigts-sol établie à 26 cm. Il ne fut pas relevé d'atteintes sur le plan locomoteur affectant les articulations des membres supérieurs et inférieurs. Sur le plan neurologique il ne fut pas relevé d'atteinte établie en l'absence de substrat organique neurologique démontrable entraînant des limitations fonctionnelles en plus de celles relevées sur le plan rhumatologique. Sur le plan psychiatrique l'expert nota un examen neurocognitif sans particularité, il décrit l'intéressée comme extrêmement présente dans le dialogue, attentive, répondant avec grande clarté à toutes les questions. Les capacités de jugement, d'abstraction et d'association furent indiquées préservées. L'expert ne releva pas de trouble d'humeur, pas de dépression, pas de trouble de concentration. Aucun trouble d'ordre psychiatrique ni atteintes à la santé d'étiologie indéterminée ont pu être trouvés qui nécessiteraient d'examiner le status de l'assurée au regard des indicateurs développés par la jurisprudence applicable à l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques (cf. ATF 141 V 281). En particulier il ne fut pas retenu de diagnostic de somatisation ou de trouble somatoforme apparenté malgré la présence d'algies persistantes et décrites comme intenses. L'expert psychiatre n'a de plus retenu aucune indication au traitement actuel d'un antidépresseur pris depuis l'accident de son mari en 2000 (pce 54 p. 77 s.).

E. 12.4

Selon le rapport d'expertise les plaintes toujours alléguées par la recourante de douleurs cervicales, de lombalgies et de vertiges (cf. expertise pce 54 p. 82) sont en cohérence avec le traumatisme subi (il n'y a pas d'incohérences majeures), mais les plaintes de douleurs sont

en discordance par rapport à l'intensité et l'importance des algies selon l'anamnèse avec les constats somatiques (état dégénératif du rachis cervical et lombaire mis en évidence) et psychiques. Il appert en effet du rapport d'expertise que l'assurée a évoqué ses atteintes à la santé sans anxiété, en s'exprimant avec clarté, dans une humeur enjouée, souriante et sans signe d'inquiétude majeure (pce 54 p. 94). Cela exclut, selon l'expert psychiatre un sentiment intense et persistant de détresse (pce 54 p. 82). L'intensité des atteintes subjectives indiquée par l'assurée ne paraît ainsi pas apte selon les experts à diminuer la capacité de travail dans une activité adaptée de manière notable. L'appréciation rhumatologique, neurologique et psychiatrique des experts est convaincante. Il est à relever encore que l'assurée ne suit pas de traitement antidouleurs et que celle-ci a refusé de se soumettre à un séjour au centre de Sion proposé par le Dr D. _____ (rapport médical LAA du 7 octobre 2009, cf. supra C ; pce 54 p. 15 s.).

E. 12.5

La date du 13 août 2010 retenue dans l'expertise comme date charnière est en référence à une durée de récupération de 18 mois suite à l'accident survenu le 12 février 2009 en relation avec les troubles de sensations vertigineuses évoqués par l'intéressée, que la Dresse O. _____, oto-rhino-laryngologue, a appréciés sur dossier, comme devant être régulés 18 mois après l'accident. Ce médecin souligna d'après ce qui ressort de la synthèse de l'expertise pluridisciplinaire - sur dossier et ainsi sans avoir interrogé ni examiné l'assurée malgré les plaintes constantes de sensations vertigineuses - que l'intéressée, hormis l'examen directement après l'accident pour des vertiges d'intensité importante ayant duré quelques mois, n'avait par la suite plus consulté ni été suivie pour ces troubles toujours présents selon les dires de l'assurée associés dans son discours actuel à une sensation de flou et d'instabilité de quelques instants. Sur cette base l'expert a exclu un vertige labyrinthique et a retenu que les sensations vertigineuses, dont se plaignait encore l'intéressée, pouvaient être d'origine multiple (hypotension, orthostatique, psychiatrique ...) mais n'avaient dans tous les cas pas de conséquence sur la capacité de travail. Il est retenu dans la synthèse de l'expertise pluridisciplinaire que les sensations vertigineuses (après une phase initiale de quelques mois) ne sont pas en causalité avec l'accident, raison pour laquelle un examen ORL détaillé n'a pas été jugé utile (cf. pce 54 p. 93). Cette argumentation provenant de réflexions qui ne sont pas propres à l'assurance invalidité ne peut être suivie. Les constats et conclusions de l'expert ORL ne reposent ainsi pas sur un examen détaillé, mais sur une analyse sur dossier et ont pour conséquence que la valeur probante de l'expertise, relativement aux plaintes de sensations de vertige et aux conclusions que les experts en tirent dans la synthèse, est restreinte. Une expertise complémentaire ORL indépendante en Suisse pour compléter l'investigation médicale sur ce point s'impose dès lors. Il s'ajoute que lors de l'unique examen ORL selon les actes, le 25 février 2009, le Dr E. _____ indiqua l'impression ("imp.") d'une cupulolithiase gauche postraumatique (cf. supra A et pce 54 p. 110 s. et pce 54 p. 29 s.).

E. 12.6

Le grief de la recourante selon lequel l'expertise K. _____ n'indiquerait pas qu'elles activités pourraient être exercées n'est pas pertinent. L'expertise médicale n'a pas pour but d'y répondre. Selon la jurisprudence constante la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré

(ATF 125 V 261 consid. 4 ; arrêt du TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1 ; Valterio, op. cit., n° 2036). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir 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. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99] ; arrêt du TF I 534/02 du 25 août 2003 consid. 3.3.1; cf. ég. arrêt du TF 9C_409/2014 du 7 novembre 2014 consid. 7.3 ; Valterio, op. cit., n° 2034 ss).

L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a, 109 V 28). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt M. du 22 septembre 2006, I 636/06, consid. 3.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative, ou aucune activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut alors être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS). En l'occurrence il appartiendra à l'OAIE de se prononcer à nouveau sur les activités concrètes exigibles une fois le complément d'expertise ORL établi. Les résultats de l'enquête ménagère n'ont pas été contestés par la recourante. Relativement à cette enquête effectuée le 21 juin 2010 il sied de relever qu'à cette date l'intéressée a déclaré ne pas être en mesure de passer l'aspirateur et qu'à l'occasion de l'expertise K._____, soit quelque 18 mois plus tard, l'activité de passer l'aspirateur a été indiquée effectuée sans difficulté mais non dans toute la maison en une fois. Cet aspect est en cohérence avec l'appréciation des limitations fonctionnelles par les experts et l'incapacité de travail dans son activité antérieure car l'activité de passer l'aspirateur sollicite le rachis à divers niveaux.

E. 13

En résumé, le Tribunal de céans peut se fonder sur l'expertise K._____ et son appréciation de l'état de santé au jour de l'expertise, respectivement de la décision attaquée, avec les répercussions retenues sur la capacité de travail sous l'angle rhumatologique, neurologique et psychiatrique. Toutefois compte tenu du fait que l'expertise K._____ ne comprend qu'un volet oto-rhino-laryngologique sur dossier et de plus rapporté (pas de rapport écrit), alors que l'examen des sensations de vertige invoquées par l'assurée sont pour

une grande part de la compétence d'un oto-rhino-laryngologue, il se justifie de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle mette en place un complément d'expertise sous forme d'un examen complet sur la personne par un spécialiste en ce domaine médical qui soit un expert tiers à la Clinique K. _____, dont le rapport remplacera l'appréciation rapportée sur dossier de la Dresse O. _____ et remplira les critères de la jurisprudence par rapport à la valeur probante des expertises. L'expertise complémentaire aura pour objet de dire, après analyse des actes à disposition, établissement d'une anamnèse détaillée et des examens spécialisés, s'il existe objectivement un trouble de l'équilibre/des vertiges invalidant et, cas échéant, quelle est son/leur influence fonctionnelle sur la capacité de travail depuis l'accident jusqu'au moment de l'expertise K. _____, respectivement jusqu'à la date de la décision attaquée et actuellement. Dans la mesure où le nouvel expert ORL parviendrait à des constatations et des conclusions divergentes de celles de la Dresse O. _____ et de la synthèse pluridisciplinaire de l'expertise K. _____ au dossier, il sera indispensable que les experts rhumatologue, neurologue et psychiatre et le nouvel expert ORL définissent dans une conférence de consensus pluridisciplinaire à nouveau la capacité fonctionnelle et de travail de l'assurée. Ils établiront en conséquence une synthèse polydisciplinaire et des conclusions adaptées qui remplaceront alors celles figurant dans l'expertise polydisciplinaire. À la suite du complément d'instruction ordonné et de son résultat l'OAIE rendra une nouvelle décision.

E. 14

Au vu de ce qui précède il sied d'admettre le recours et de retourner le dossier à l'autorité inférieure (art. 61 PA; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle complète l'instruction du dossier sur le plan oto-rhino-laryngologique par un examen sur la personne en Suisse. Le renvoi est indiqué en l'espèce 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). 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). En l'espèce les troubles de l'équilibre et de vertige ayant été invoqués comme essentiels par la recourante, un examen oto-rhino-laryngologique sur dossier seulement, de plus rapporté sans rapport écrit, ne pouvait répondre à l'exigence d'exhaustivité de l'expertise requise par le Tribunal cantonal des assurances de Genève.

E. 15.1

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. 15.2

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

E. 15.3

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. Selon l'art. 14 al. 1 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. A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2ème phr.). En l'espèce, l'intéressée domiciliée en France ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il est alloué à la partie recourante une indemnité globale de dépens non soumise à la TVA (art. 1 al. 2 let. a en relation avec l'art. 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) de 2'700.- francs à charge de l'autorité inférieure tenant compte 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 de la recourante, en particulier de la connaissance du dossier du premier représentant de la recourante résultant de procédures antérieures (SUVA, Tribunal cantonal de Genève), des brefs actes de procédure du deuxième représentant de la recourante depuis la réplique de l'autorité inférieure, lequel a maintenu depuis sa duplique les griefs soulevés, et de l'issue du recours. (Le dispositif figure sur la page suivante)

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