Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Décision confirmée par le TF par arrêt du 08.08.2022 (8C_435/2022)

Cour III
C-2687/2017

Arrêt du 3 février 2022

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Regina Derrer, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Luca Rossi, greffier.

Parties

A._____, (France),
représentée par Maître Marie-Josée Costa, Etude Costa,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 21 mars 2017).

Faits :

A.

A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) – ressortissante franco-suisse, née le (…) 1965, domiciliée en France voisine, divorcée et mère d'une enfant née le (…) 2005 – a travaillé en Suisse depuis 1983 jusqu'en 2011 et cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger [ci-après : OAIE ou l'autorité inférieure] doc. 4, 10 p. 3, 13, 18). En particulier, elle a travaillé de 1993 à 1999 comme employée de bureau à 100% au service de B._____ à (…), de 2000 à 2006 comme employée de commerce à 100% auprès de C._____ SA à (…), du 1er août 2006 au 28 février 2007 comme secrétaire à 100% au service de la Clinique D._____ au bénéfice d'un contrat de durée déterminée (OAIE doc. 2, 10 p. 2-3). A l'issue de ce dernier engagement, elle a perçu des indemnités de l'assurance-chômage française dès le mois d'avril 2007 (OAIE doc. 119), puis effectué des missions temporaires à partir du mois d'août suivant, avant de travailler à 90% comme secrétaire médicale auprès de l'hôpital E._____ à partir du 1er février 2008 (OAIE doc. 2 p. 3, doc. 18 et 21 p. 5).

B.

B.a Le 11 juin 2012, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente (OAIE doc. 9 p. 2, 13). L'instruction médicale a établi qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent depuis 1990 (OAIE doc. 39, 42). En décembre 2011, il lui avait en outre été diagnostiqué un carcinome lobulaire invasif G2 du sein droit, traité chirurgicalement et moyennant des séances de chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie fondant une incapacité de travail de 100% (sur 90%) à partir du 14 décembre 2011, de 60% (sur 90% = 54%) dès le mois de septembre 2013, puis de 50% (sur 90% = 45%) dès la mi-janvier 2014 (OAIE doc. 24-28, 31, 38). A._____, qui a repris son travail de secrétaire auprès de l'hôpital E._____ à 50% (sur 90% = 45%) à partir du 1er février 2014 (OAIE doc. 72, 82), a dû derechef réduire sa capacité de travail à 40% (sur 90% = 36%) à compter du 11 avril 2014 en raison d'importants effets secondaires induits par les traitements de chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie (OAIE doc. 74, 82 p. 4). Sur le plan ménager, elle a subi des empêchements à hauteur de 100% à partir de décembre 2011, puis de 0% à partir du mois de septembre 2013 (OAIE doc. 42-43, 58).

Statuant par décisions du 2 juin 2014, l'OAIE a octroyé à A._____ une rente entière à compter du 1er décembre 2012, une demi-rente à compter du 1er septembre 2013, puis un quart de rente à compter du 1er février 2014 − toutes assorties d'une rente pour enfant liée à celle de la mère (OAIE doc. 56-58) – compte tenu d'un degré d'invalidité – calculé en application de la méthode mixte − de respectivement 100%, 54% et 45%. En outre, l'OAIE a considéré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées dès lors que l'assurée disposait d'une capacité de travail analogue dans son métier de secrétaire et dans une activité lucrative adaptée à son état de santé (OAIE doc. 56-58).

B.b A la suite d'une chute survenue le 19 octobre 2014, A._____ a subi une fracture tri-malléolaire luxée de la cheville gauche opérée le 21 octobre suivant et une nouvelle incapacité totale de travail à compter du même jour (OAIE doc. 59-63, 68, 85 pp. 20-21). Le 26 novembre 2014, elle a déposé une demande de révision de son droit à la rente, invoquant des atteintes orthopédiques, oncologiques et psychiques (OAIE doc. 63, 72, 82, 86, 74, 93).

Procédant à l'instruction de la demande de révision, l'Office cantonal F._____ a recueilli le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'employeur de l'assurée et ordonné l'exécution d'une expertise psychiatrique. Dans le rapport du 25 août 2016 en résultant, le Dr G._____(spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne et de personnalité limite du registre abandonnique, sub-décompensée, et retenu une capacité résiduelle de travail d'au maximum 30% (sur 100%) dans une activité lucrative d'exécutante, n'impliquant pas trop de responsabilités et favorisant l'exercice de tâches simples et répétitives à partir du 1er janvier 2016 (OAIE doc. 113). Le Service Médical Régional de l'OAIE (ci-après : SMR) s'est entièrement rallié à l'avis de l'expert (cf. rapport SMR du 8 septembre 2016 [OAIE doc. 115]). Par ailleurs, l'Office cantonal F._____ a ordonné la mise en œuvre d'une enquête économique sur le ménage dont le rapport établi le 6 décembre 2016 a fait état d'empêchements pondérés dans la sphère ménagère totalisant 41,3% (OAIE doc. 116-118).

Par préavis du 15 décembre 2016, l'Office cantonal F._____ a considéré qu'en raison de l'aggravation de son état de santé survenue en octobre 2014, A._____ présentait, depuis le 19 octobre 2014, une capacité résiduelle de travail de 30% (sur 100%) dans toute activité lucrative correspondant à un manque à gagner de fr. 55'267.- (fr. 82'901 [revenu

sans invalidité] – fr. 27'634 [revenu d'invalide]) correspondant à une invalidité professionnelle de 67% respectivement de 60.30% pour un taux d'activité à 90%. En outre, elle subissait des empêchements dans la sphère ménagère à hauteur de 41% (pour 100% soit 4.13% pour un taux d'occupation de 10%). Il en résultait un degré d'invalidité global de 64% (60.30% + 4.13%) fondant l'octroi d'un ¾ de rente − assorti d'une rente pour enfant liée à celle de la mère − à partir du 1er janvier 2015, soit 3 mois après l'aggravation de l'état de santé (OAIE doc. 120).

A._____ a formé opposition contre ce préavis, réclamant l'octroi d'une rente entière. Contestant l'application de la méthode d'évaluation mixte, elle a expliqué avoir toujours travaillé à 100%, même après la naissance de sa fille, et avoir été contrainte d'accepter le poste proposé à 90% par l'hôpital E._____ en raison de son statut de demandeuse d'emploi qu'elle présentait alors, ce qui ne reflétait pas sa volonté de travailler à 100%. Elle a également mis en cause les considérations médicales relatives à son état de santé psychique, neurologique et orthopédique, dont elle a considéré que les incidences sur sa capacité de travail avaient été sous-évaluées. Enfin, elle a contesté les revenus avec et sans invalidité retenus, ainsi que les constatations issues du rapport d'enquête ménagère. A l'appui de ses arguments, elle a produit un rapport médical de son psychiatre daté du 30 janvier 2017 (OAIE doc. 129).

Par décision du 21 mars 2017 notifiée le 28 mars suivant, l'OAIE a rejeté l'opposition et confirmé le préavis du 15 décembre 2016, se fondant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 25 août 2016 du Dr G._____, ainsi que sur les prises de position SMR des 8 septembre 2016 et 21 février 2017 (OAIE doc. 113, 115, 132, 135).

C.

C.a Par acte du 10 mai 2017 (timbre postal), A._____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) contre la décision du 21 mars 2017 dont elle requiert l'annulation en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière à compter du 1er novembre 2014, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire afin d'établir la capacité de travail raisonnablement exigible de sa part (TAF pce 1). En bref, elle conteste l'application en l'espèce de la méthode mixte d'évaluation du degré d'invalidité, le calcul du degré d'invalidité (revenus sans et avec invalidité, abattement de 25%), ainsi que l'appréciation médicale opérée par l'autorité inférieure, en particulier la valeur probante du rapport

d'expertise du Dr G._____ du 25 août 2016 et des avis SMR. A l'appui de ses arguments, elle a produit, notamment, à nouveau le rapport médical de son psychiatre du 30 janvier 2017, ainsi qu'un rapport du Dr H._____ du Département de Santé mentale et Psychiatrie de l'hôpital E._____ du 24 avril 2017 (TAF pce 1).

C.b L'OAIE a répondu le 10 juillet 2017, concluant au rejet du recours sur la base de la prise de position de l'Office cantonal F._____ du 5 juillet 2017 ainsi que du rapport SMR du 4 juillet 2017 des Drs I._____ et J._____ (TAF pce 7).

C.c La recourante a répliqué le 16 août 2017, persistant dans les arguments invoqués et les conclusions prises à l'appui de son recours et produisant un suivi post-opératoire ainsi qu'un résumé de passage aux urgences établis par le Centre Hospitalier K._____ à la suite d'une chute survenue le 10 mai 2017 ayant entraîné une fracture de la cheville droite (TAF pce 9).

C.d L'autorité inférieure a dupliqué le 12 septembre 2017, faisant sienne la prise de position de l'Office cantonal F._____ du 6 septembre 2017 fondée sur un rapport SMR du 5 septembre 2017 du Dr I._____ et persistant dans les motifs et conclusions exposés dans sa réponse (TAF pce 11).

C.e Par ordonnance du 20 septembre 2017, le Tribunal a prononcé la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 12).

C.f Le 25 mai 2020, la recourante a fait état d'une aggravation de son état de santé et produit au dossier une évaluation neuropsychologique (cf. rapports des 28 février 2019 et 3 avril 2019 de L._____, spécialiste FSP en psychologie et spécialiste ASNP en neuropsychologie), ainsi que deux rapports d'IRM du pied gauche et du genou droit établis les 20 respectivement 21 janvier 2020 par le Dr M._____, spécialiste en imagerie ostéo-articulaire (TAF pce 18).

D.
Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

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, 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 prises par l'OAIE.

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

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

1.4 Le recours ayant été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), il se révèle recevable, l'avance de frais d'un montant de 800.- francs ayant été de surcroît versée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA et art. 69 al. 2 LAI).

2.
L'objet du présent litige, circonscrit par la décision litigieuse prononcée le 21 mars 2017 par l'OAIE, porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si l'aggravation de l'état de santé prétendument subie à partir du mois d'octobre 2014 fonde l'octroi d'un ¾ de rente comme retenu par l'autorité inférieure ou d'une rente entière comme réclamé par la recourante.

3.
A titre préalable, la Cour de céans rappelle ci-après quelques règles

essentielles de procédure, puis le cadre légal régissant l'assurance-invalidité.

3.1 Sur le plan procédural, l'art. 49 PA prescrit que le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

3.2 En outre, la procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; arrêt du TAF C−6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4). Ce devoir impute en particulier aux parties l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles supporteront les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2).

3.3 Le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, cela sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Ainsi, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), ne sont pas pertinentes dans le cas concret. Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la

6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent par conséquent en l'espèce.

En outre, le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). En l'occurrence, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce jusqu'au 21 mars 2017 (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

3.4 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité 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),
- elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b),
- au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c).

3.5 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. La personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. A la suite de l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est toutefois pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

3.6 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 art. 4 al. 1 LAI). 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 réadaptions exigibles. 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).

3.7 Dans la mesure où la recourante est une ressortissante franco-suisse, domiciliée en France voisine, ayant travaillé en Suisse, la présente cause présente un aspect transfrontalier.

3.7.1 Selon l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions. En l'occurrence, la recourante vivant à (…) où elle est domiciliée à tout le moins depuis le dépôt de la demande du 26 novembre 2014 (OAIE doc. 63), c'est à juste titre que l'Office cantonal F._____ a procédé à l'instruction de la présente procédure, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

3.7.2 En outre, la cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

3.8 En l'espèce, l'autorité inférieure a considéré qu'en raison d'une aggravation de l'état de santé survenue en octobre 2014, la recourante présentait, depuis le 19 octobre 2014, une capacité résiduelle de travail de 30% (sur 100%) dans toute activité lucrative correspondant à un manque à gagner de fr. 55'267.- (fr. 82'901 [revenu sans invalidité] – fr. 27'634 [revenu d'invalide]) soit une invalidité professionnelle de 67% respectivement de 60.30% pour un taux d'activité à 90%. En outre, elle subissait des empêchements dans la sphère ménagère à hauteur de 41% (pour 100% soit 4.13% pour un taux d'occupation de 10%). Il en résultait un degré d'invalidité global de 64% (60.30% + 4.13%) fondant l'octroi d'un ¾ de rente à partir du 1er janvier 2015 (OAIE doc. 120).

4.
Dans un premier grief, la recourante conteste la méthode d'évaluation de son degré d'invalidité.

4.1 Pour déterminer le degré d'invalidité litigieux, l'autorité inférieure s'est fondée sur la méthode mixte appliquée selon une clé de répartition entre les activités lucrative et ménagère de 90% respectivement 10% (OAIE doc. 114-118). La recourante considère que la méthode générale de comparaison des revenus constitue la méthode idoine in casu pour le motif qu'elle a travaillé à 100% aussi bien avant qu'après la naissance de sa fille. Elle ajoute que se trouvant confrontée à une période de chômage en 2007, elle avait été contrainte d'accepter un emploi à temps partiel limité à 90% à partir de 2008 compte tenu de la précarité de sa situation financière et du fait que le poste en question était – initialement – prévu pour une durée déterminée. De graves problèmes de santé l'avaient conduite à une incapacité totale de travail dès le mois de décembre 2011 et empêchée de retrouver un autre emploi. Sans ces atteintes à la santé, elle aurait travaillé à plein temps comme elle l'avait précédemment toujours fait (TAF pce 1, p. 13).

4.2

4.2.1 Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, l'art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28*a* al. 1 LAI, dispose que 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 de la comparaison des revenus*). S'agissant d'assurés n'exerçant pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé, l'invalidité est déterminée par l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28*a* al. 2 LAI et 27 RAI), telles les tâches domestiques (*méthode spécifique*). Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées *(méthode mixte* ; art. 28*a* al. 3 LAI; ATF 125 V 146, consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011). Pour déterminer 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. Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. L'obligation de réduire le dommage en organisant son travail et en recourant à l'aide des proches dans les travaux ménagers, notamment les plus lourds, s'applique également à l'assuré dont l'invalidité est évaluée selon la méthode mixte (ATF 133 V 504, consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_440/2011 du 11 juillet 2011 consid. 4.2 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, p. 584, n° 2175).

4.2.2 Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif ou 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 (ATF 125 V 146, consid. 2c ; VALTERIO, op. cit., p. 583, n° 2172). Il y a lieu ainsi d'examiner, en se plaçant au moment de l'examen du droit à la rente, si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle (situation financière du ménage, éducation des enfants, âge, qualifications professionnelles, formation, affinités et talents

personnels de l'assuré ; art. 27bis RAI ; ATF 117 V 195 consid. 3b ; arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 ; I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7190/2013 du 6 janvier 2016 consid. 8).

4.3 En l'espèce, les pièces au dossier établissent que la recourante a travaillé à 90% depuis le 1er février 2008 (OAIE doc. 2 p. 3, doc. 21), soit bien avant l'incapacité de travail survenue le 14 décembre 2011 (OAIE doc. 2-9). Contrairement à ce que la recourante soutient, le fait que le contrat passé avec l'hôpital E._____ était initialement prévu pour une durée déterminée n'est pas décisif car il ne permet pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante les intentions réelles de la recourante. A cet égard, il est établi que celle-ci a travaillé à 90% pendant presque 4 années. Il ne ressort pas du dossier que durant cette période, elle aurait eu l'intention ou déployé des efforts particuliers en vue de trouver un autre emploi à temps plein. La recourante ne produit du reste aucune pièce en ce sens, pas plus qu'elle n'allègue avoir entrepris une telle démarche. En outre et ainsi que l'OAIE le souligne à juste titre dans sa réponse (cf. TAF pce 7 p. 2 ss), la recourante a indiqué au cours de l'enquête économique sur le ménage que, sans atteinte à sa santé, elle aurait poursuivi son activité lucrative habituelle de secrétaire médicale à l'hôpital E._____ au taux de 90%. Il convient de retenir ces premières affirmations qui correspondent à celles que l'assurée a faites alors qu'elle n'était pas encore consciente des conséquences juridiques qu'elles entraîneraient, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 et les références; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). Ces propos sont de surcroît corroborés par le fait que l'assurée ne s'est pas opposée à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité dans le cadre de la première procédure ayant abouti aux décisions du 2 juin 2014 aux termes desquelles l'autorité inférieure lui a octroyé une rente d'invalidité échelonnée (OAIE doc. 56-58). Enfin, il n'existe aucun indice permettant de retenir que la diminution de 10% du taux d'activité lucrative eût été consacrée à l'accomplissement d'activités de loisir plutôt qu'à celui de travaux habituels et susceptible de fonder ainsi l'application in casu de la méthode générale d'évaluation du degré d'invalidité (cf. ATF 131 V 51, consid. 5.1.2 ; ATF 133 V 504, consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_373/2008 du 28 août 2008, consid. 3.2.2 et I 609/05 du 2 février 2008, consid. 4.3.2). Compte tenu des considérations qui précèdent, l'allégation selon laquelle la recourante aurait été contrainte par les circonstances d'accepter contre sa volonté un emploi à 90% plutôt qu'à 100% en raison d'une période de chômage ne saurait prévaloir. Partant, le Tribunal

considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué d'exercer son activité lucrative habituelle à 90% au service de l'hôpital E._____, de sorte que c'est à juste titre que l'administration lui a imputé le statut mixte et évalué son degré d'invalidité sur la base d'un taux d'occupation consacré à 90% à l'exercice d'une activité lucrative et à 10% à l'accomplissement des travaux habituels.

5.
La recourante conteste ensuite le droit à ¾ de rente qui lui a été reconnu par l'autorité inférieure aux termes de la décision litigieuse. Elle considère avoir subi à partir du mois d'octobre 2014 une aggravation de son état de santé fondant l'augmentation de son droit à la rente de ¼ depuis le 1er février 2014 à une rente entière à partir du 1er novembre 2014. Partant, il s'agit d'examiner si la recourante a subi à partir du mois d'octobre 2014 une aggravation de son état de santé fondant l'octroi d'une rente entière.

5.1 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.

5.1.1 Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 nos 11 ss, p. 498 ss). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références citées). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006

consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11, p. 498).

5.1.2 Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Une communication au sens des art. 74ter let. f et art. 74^{quater} al. 1 RAI avec laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références citées). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références citées).

5.1.3 Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88*a* al. 2, 1ère phrase, RAI).

5.1.3.1 L'art. 88*a* al. 2, 2ème phrase, RAI ajoute que l'art. 29bis RAI est applicable par analogie. L'art. 29bis RAI dispose que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente, que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. L'application par analogie de cette disposition implique que l'art. 88*a* al. 2, 1ère phrase, RAI doit céder le pas à une rente d'emblée plus élevée si l'application de l'art. 29bis RAI conduit, compte tenu du délai d'attente d'une année, à une rente supérieure avant l'échéance du délai de trois mois (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], Cm 4011 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 37).

5.1.3.2 L'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où

cette demande est présentée (art. 88bis al. 1 let. a RAI). L'art. 88*a* al. 2 RAI − qui détermine les conditions de révision – primant sur l'art. 88bis al. 1 RAI − qui détermine les effets temporels de la révision −, aucune augmentation de rente ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de carence de trois mois, cela même si la révision a été demandée par l'assuré (cf. MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 LAI, nos 36-39).

5.2 Pour déterminer en l'espèce si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification notable fondant l'augmentation de son droit à la rente, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors du prononcé des décisions d'octroi du 2 juin 2014 – dernier examen matériel du droit à la rente entré en force (cf. consid. 6 infra) – avec ceux existant à la date de la décision litigieuse du 21 mars 2017 (cf. consid. 7-8 infra).

6.
Statuant par décisions du 2 juin 2014, l'OAIE a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité à compter du 1er décembre 2012, une demi-rente à compter du 1er septembre 2013, puis un quart de rente à compter du 1er février 2014 sur la base de degrés d'invalidité respectifs de 100%, 54% et 45% correspondant à une incapacité de travail de 100% (sur 90%) depuis le 14 décembre 2011, de 60% (sur 90%) dès le mois de septembre 2013, de 50% (sur 90%) dès la mi-janvier 2014, ainsi qu'à des empêchements ménagers totalisant 100% de décembre 2011 à septembre 2013 (OAIE doc. 56-58).

6.1 A l'appui de ces considérations, l'autorité inférieure s'est fondée sur la documentation médicale figurant au dossier, singulièrement sur l'avis de son SMR. En particulier, il ressort du rapport SMR du 11 février 2014 de la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne (OAIE doc. 42) que la recourante a subi une incapacité totale de travail à partir du 14 décembre 2011 à la suite d'un carcinome lobulaire invasif G2 du quadrant supéro-externe du sein droit diagnostiqué en décembre 2011 et traité par tumorectomie en janvier 2012, chimiothérapie jusqu'en juillet 2012 et radiothérapie adjuvante de juillet à août 2012, et de l'extrême fatigue en résultant (cf. également les rapports des 3 décembre 2012 [OAIE doc. 26 p. 5], 26 avril 2013 [OAIE doc. 28] de la Dresse O._____, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie). Elle avait été considérée comme étant apte à reprendre dès le 1er septembre 2013 l'exercice à 40% (de 90%) d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles induites par la fatigue due à l'hormonothérapie et à la prise en charge psychiatrique, puis dès le 15 janvier 2014 à 50% (de 90%) dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles compte tenu du trouble

dépressif récurrent en évolution depuis 1990, épisode actuel moyen à sévère (cf. rapports des 10 septembre 2013 de la Dresse O._____ [OAIE pce 31] et 30 janvier 2014 du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [OAIE doc. 39]). Le Dr V._____ avait retenu que la recourante avait présenté un 1er épisode dépressif en 1990 dans le contexte de violences conjugales et d'un conflit professionnel, un 2ème en fin d'année 1994 dans le contexte de problèmes dorsaux, financiers, professionnels et sentimentaux, un 3ème en 2004 à la suite d'une interruption thérapeutique de grossesse à la 17ème semaine et d'un licenciement consécutif, puis un 4ème de degré moyen à sévère dès décembre 2011 dans le cadre d'un cancer généralisé diagnostiqué à son père et d'un épuisement professionnel dû au stress au travail. A partir du mois de décembre 2011, elle avait subi une aggravation des troubles dépressifs à la suite d'un cancer du sein, diagnostiqué en décembre 2011 et traité tout au long de l'année 2012. Elle avait également présenté un ralentissement psychomoteur, de l'anxiété associée à des troubles du sommeil, de l'asthénie, des troubles de la concentration, un sentiment d'insuffisance et d'incapacité, une diminution de la libido, de l'instabilité, de la tristesse, des douleurs au niveau du bras et du dos, ainsi qu'un état de faiblesse généralisé. Le diagnostic posé en 1990 de trouble dépressif récurrent moyen à sévère était traité par le biais d'une prise en charge cognitivo-comportementale depuis le 21 octobre 2004 et par la prise d'antidépresseurs. L'exercice du métier de secrétaire − dont les modalités avaient été adaptées par l'employeur aux besoins de l'assurée – était considéré comme exigible à hauteur de 50% (sur 90%) dès le 15 janvier 2014 (OAIE doc. 39).

6.2 Aussi, la recourante a-t-elle perçu, depuis le 1er février 2014, un quart de rente correspondant à une incapacité de travail de 50% (sur 90%) dans son activité de secrétaire considérée comme adaptée au trouble dépressif récurrent en évolution depuis 1990, épisode actuel moyen à sévère.

7.

Dans le cadre de la présente procédure de révision, l'autorité inférieure, statuant par décision du 21 mars 2017, a reconnu à l'assurée le droit à ¾ de rente à partir du 1er janvier 2015 fondé sur un degré d'invalidité global de 64% correspondant à une invalidité ménagère de 4,13% et à une perte de gain de 60,30% déterminée sur la base d'une capacité de travail de 30% dans toute activité lucrative depuis le 19 octobre 2014. A l'appui de ce prononcé, l'OAIE a indiqué se fonder sur l'avis de son service médical, à savoir sur le rapport du 8 septembre 2016 de la Dresse P._____ (OAIE doc. 115 et 120). Dans ce rapport, la Dresse P._____ a retenu que

l'assurée se trouvait en incapacité totale de travail depuis octobre 2014 en raison dans un premier temps d'une triple fracture malléolaire et luxation de la cheville gauche traitée par ostéosynthèse, puis pour des raisons psychiatriques.

S'agissant du volet orthopédique, l'évolution se révélait lentement favorable, l'assurée restant gênée par des symptômes neurogènes (troubles de la sensibilité du membre inférieur gauche) et des douleurs à mettre sur le compte d'une algoneurodystrophie et d'une atteinte neurologique post opératoire en voie d'amélioration. En outre, l'assurée présentait des symptômes liés à une polyneuropathie des quatre membres consécutive à des traitements de chimiothérapie. Se référant à l'avis du Dr Q._____ (responsable de la consultation du pied et de la cheville de l'hôpital E._____), la Dresse P._____ a considéré que l'assurée était en mesure de reprendre l'exercice d'une activité lucrative à partir du mois de mai 2015 à 50% puis progressivement jusqu'à 100%.

Sur le plan psychique, la Dresse P._____ a retenu que l'assurée bénéficiait depuis septembre 2014 d'un suivi régulier auprès de la Dresse R._____ laquelle avait diagnostiqué, comme atteintes incapacitantes, un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, un trouble anxieux généralisé et un trouble de la personnalité depuis l'adolescence. Le Dr G._____, expert psychiatrique mandaté par l'OAIE, avait considéré pour sa part que, en termes de CIM-10, l'assurée présentait les atteintes psychiatriques précitées. Malgré une amélioration clinique, la thymie restait très fluctuante d'un point de vue dépressif. Le trouble de la personnalité de type borderline, à l'heure actuelle non compensé, entraînait un dysfonctionnement dans la vie privée et professionnelle de l'assurée, cela malgré un traitement *lege artis*. Les ressources (réseau social) étaient peu consistantes.

Reprenant à son compte les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 25 août 2016 dont elle a considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter, la Dresse P._____ a retenu que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à léger (sévère en 2014), un trouble de la personnalité de type borderline non compensé et un status post traumatisme grave de la cheville gauche compliqué d'une algoneurodystrophie, l'atteinte psychique étant prépondérante. Ce tableau médical entraînait une incapacité totale de travail depuis le 19 octobre 2014, une capacité de travail étant exigible à partir du mois de janvier 2016 à 30% au maximum dans un poste sédentaire, répétitif, simple et sans

grandes responsabilités correspondant à l'activité habituellement exercée (OAIE doc. 115).

8.
D'emblée, le Tribunal constate que la décision litigieuse, en opposant à la recourante une capacité de travail de 30% déjà à partir du 19 octobre 2014, s'écarte de manière arbitraire des considérations médicales SMR susmentionnées sur lesquelles l'autorité inférieure indique pourtant se fonder, le rapport du 8 septembre 2016 de la Dresse P._____ retenant une capacité de travail de 70% à partir du 1er janvier 2016 seulement. La recourante invoquant une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative, il y a lieu d'examiner son état de santé respectivement sa capacité de gain au moment de la décision litigieuse.

8.1 Sur le plan orthopédique, il est constant qu'à partir du 19 octobre 2014, la recourante a été victime d'une fracture tri-malléolaire luxée de la cheville gauche ; sur le plan clinique, il en résultait une incapacité totale de travail comme secrétaire durant 2 à 3 mois, laquelle ne devait en principe pas perdurer après la guérison, soit de 100% à partir du 19 octobre 2014, de 50% à partir du 24 avril 2015 et de 0% à compter d'une date ultérieure indéterminée (cf. rapport du 24 octobre 2014 du Dr S._____ [spécialiste en médecine interne ; OAIE doc. 59 p. 2] ; rapport du 30 octobre 2014 des Drs T._____ [spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur], Q._____ [responsable de la consultation du pied et de la cheville de l'hôpital E._____] et S._____ [OAIE doc. 85 pp. 20-21] ; rapport du 24 avril 2015 du Dr Q._____ [OAIE doc. 95] ; rapport du 25 décembre 2014 de la Dresse U._____ [médecin traitant spécialisée en médecine interne générale ; OAIE doc. 74 p. 2]).

8.2 Sur le plan psychique, le médecin SMR a retenu, à titre de troubles invalidants, un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à léger (sévère en 2014) et un trouble de la personnalité de type borderline non compensé, précisant se fonder en ce sens sur les conclusions du rapport d'expertise établi le 25 août 2016 par le Dr G._____, dont elle ne voyait pas de motif de s'écarter (cf. rapport du 8 septembre 2016 de la Dresse P._____ [OAIE doc. 115]).

8.2.1 Selon la jurisprudence, la reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre et s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1 ; 141 V 281 consid. 2 ; arrêts du TF

8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 ; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1) – troubles dépressifs de degré léger ou moyen inclus (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) – doivent en règle générale faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit de la personne concernée à obtenir une rente d'invalidité. Cette procédure tient compte, d'une part, des facteurs d'incapacité et, d'autre part, des ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal fédéral a conçu le catalogue d'indicateurs suivant, classés en deux catégories (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2):

1. Catégorie *"degré de gravité fonctionnel"*
   1.1. Complexe *"atteinte à la santé"*
      1.1.1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
      1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard
      1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
      1.1.4. Comorbidités
   1.2. Complexe *"personnalité"* (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles)
   1.3. Complexe *"contexte social".*
2. Catégorie *"cohérence"* (point de vue du comportement)
   2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
   2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le suivi et l'évolution d'une thérapie adéquate de psychothérapie constituent un indicateur de la gravité de l'affection et sont exigibles compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (cf. ATF 143 V 409 consid 4.4 et consid. 4.5.2).

8.2.2 En l'espèce, la Dresse R._____ (psychiatre traitante) a indiqué avoir repris le suivi psychiatrique et psychothérapeutique de la recourante depuis septembre 2014. Se fondant sur l'anamnèse personnelle et familiale établie par le Dr V._____, elle a retenu un trouble de la personnalité mixte (ICD-10 F60.9) depuis la fin de l'adolescence, un trouble anxieux généralisé (ICD-10 F41.1) depuis la fin de l'adolescence et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (ICD-10 F33.3) depuis décembre 2011, atteintes entraînant une incapacité de travail de 100% depuis le mois de décembre 2011 − date à laquelle un cancer mammaire avait été diagnostiqué à l'assurée − dans toute activité lucrative, la patiente

étant en particulier totalement inapte à gérer quelque stress que ce soit (cf. rapports des 9 et 20 mars 2015 [OAIE doc. 86 p. 2, 7]). Dans un rapport du 25 février 2016, la spécialiste s'est dit étonnée que sa patiente ne se soit pas effondrée plus tôt au vu de sa lourde anamnèse (négligence et maltraitance par une mère bipolaire, père passif, ex-mari physiquement et psychologiquement violent, enfant décédé in utéro dont l'accouchement s'est déroulé dans des circonstances traumatiques, cancer mammaire avec, simultanément, rupture sentimentale avec le père de sa fille et diagnostic de cancer reçu par son père dont elle a dû s'occuper, traitement de Tamoxifène très mal toléré avec d'importantes douleurs ainsi que troubles mnésiques ayant contribué à l'échec de son dernier emploi). Ces différents événements avaient significativement affecté sa confiance en elle et son dernier emploi l'avait amenée à douter de sa capacité à subvenir à ses besoins ainsi qu'à ceux de sa fille. En raison d'atteintes orthopédiques consécutives à plusieurs chutes survenues sans doute en raison de son très mauvais état de santé psychique, elle avait pu mettre à profit plusieurs mois d'arrêt de travail afin d'intégrer un traitement psychothérapeutique efficace qui avait amélioré son état de santé. Cette légère amélioration demeurait toutefois très fragile et toute forme de stress induisait le risque d'une décompensation rapide et peut-être durable. Dans ces circonstances et malgré cette légère amélioration, la capacité de travail de l'assurée restait nulle car celle-ci ne disposait pas encore des outils lui permettant d'affronter des situations stressantes (OAIE doc. 113 p. 40-42).

8.2.3 Quant au Dr G._____, expert psychiatre, il a retenu un état dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne (Axe I) et une personnalité état limite de type abandonnique, sub-décompensée (Axe II). Le trouble de la personnalité jouait probablement un rôle défavorable dans l'évolution de la pathologie dépressive et des capacités adaptatives socio-professionnelles de l'assurée. Sur le plan mental, il existait quelques limitations relatives à l'épisode dépressif (variations de l'humeur, problèmes d'attention et de concentration). Les répercussions de l'état de santé psychique interféraient sur l'exercice d'activités professionnelles et sociales fondant une incapacité de travail de 70 % − sur la base d'un taux d'occupation de 100% −, l'expertisée étant à même de reprendre depuis le mois de janvier 2016 l'exercice d'une activité lucrative sédentaire, simple et sans grandes responsabilités comme employée de bureau à 30% au maximum, correspondant à trois demi-journées par semaine (rapport du 25 août 2016 du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [OAIE doc. 113 p. 1 ss]).

8.2.4 Ainsi, le médecin traitant de la recourante retient un trouble de la personnalité mixte, un trouble anxieux généralisé et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère fondant une incapacité totale de travail depuis décembre 2011, tandis que l'expert psychiatre diagnostique un état dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne (Axe I) et une personnalité état limite de type abandonnique, sub-décompensée (Axe II) permettant une capacité de travail de 30% à partir de janvier 2016 au plus tôt. Nonobstant les diagnostics différentiels ainsi posés, les spécialistes s'accordent ainsi sur le fait que la recourante a présenté une incapacité totale de travail pour des motifs psychiques à tout le moins depuis le suivi thérapeutique par la Dresse R._____ à partir du mois de septembre 2014 jusqu'au 31 décembre 2015. En particulier, l'expert psychiatre, en considérant que les troubles psychiques qu'il diagnostique autorisent au mieux l'exercice à 30% (sur 100%) d'une activité lucrative à partir de janvier 2016, atteste implicitement d'une incapacité totale de travail jusqu'au 1er janvier 2016. Il précise que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées en raison du trouble de la personnalité. L'expertisée bénéficie d'une prise en charge dans les règles de l'art et sa coopération aux thérapies suivies est bonne. La diminution de la capacité fonctionnelle est due pour l'essentiel à l'atteinte à la santé, aucun motif d'exclusion tel qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires n'étant observés. L'expert souligne la bonne cohérence entre le dossier médical et son appréciation. L'atteinte à la santé psychique interfère sur les activités sociales de l'expertisée. Le fonctionnement psychosocial de celle-ci est caractérisé par des ressources et un réseau peu consistants. Elle assume ses tâches ménagères en fonction de son état de santé. En définitive, le seul élément positif se résume à l'investissement de l'assurée dans sa psychothérapie auprès de la Dresse R._____.

8.2.5 Cela étant, le Tribunal constate que les diagnostics psychiatriques retenus ont été posés par des spécialistes en psychiatrie s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, d'éventuels facteurs d'exclusion ayant été expressément écartés. L'ensemble des rapports figurant au dossier ont reconnu de manière unanime à l'assurée une incapacité de travail de 100% à tout le moins jusqu'au 31 décembre 2015, d'éventuelles mesures de réadaptation ayant été écartées. Les suivis psychothérapeutique et médicamenteux ont été considérés comme adéquats. Il a en outre été établi que la recourante présentait des ressources sociales sur lesquelles elle ne pouvait guère recourir. L'expert a souligné la cohérence du dossier. Au terme d'une appréciation conduite à la lumière des indicateurs standards prescrits dans le cadre d'une procédure probatoire structurée (cf. consid. 8.2.1 supra), le

Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante a présenté dans les suites du traumatisme subi le 19 octobre 2014 une incapacité totale de travail fondée sur des troubles psychiques (trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à léger [sévère en 2014] et trouble de la personnalité borderline non compensé [cf. rapport SMR du 8 septembre 2016 ; OAIE doc. 115]).

8.3 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal retient que la recourante a présenté depuis le 19 octobre 2014 une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative fondée sur des motifs principalement orthopédiques dans un premier temps, puis psychiques, les avis tant du SMR que de l'expert psychiatre corroborant sur ce point celui unanime des médecins traitants de la recourante, notamment de la psychiatre traitante. Il en résulte une perte de gain de 100% (sur 90%) dès le 19 octobre 2014 correspondant à une aggravation au sens de l'art. 88*a* al. 2, 1ère phrase, RAI ouvrant à elle seule à la recourante, le droit à une rente entière dans les trois mois suivant (cf. art. 88*a* al. 2 RAI), soit à compter du 1er janvier 2015. A l'aune des rapports concordants de l'expert psychiatrique, de la psychiatre traitante de la recourante et de la prise de position SMR, l'on ne saisit pas les motifs ayant conduit l'autorité inférieure à considérer que la recourante n'avait droit qu'à ¾ de rente dès le 19 octobre 2014. Partant, la décision attaquée se révèle mal fondée dans la mesure où elle consacre l'octroi d'un ¾ de rente à partir du 1er janvier 2015 en faveur de la recourante.

9.

La recourante contestant avoir recouvré depuis lors une quelconque capacité de travail, il y a lieu d'examiner si, comme retenu par l'autorité inférieure, celle-là a bénéficié ou non d'une amélioration de sa capacité de travail respectivement d'une diminution de sa perte de gain à la faveur d'une capacité de travail recouvrée à hauteur de 30% à partir du 1er janvier 2016 comme retenu par le SMR sur la base du rapport d'expertise psychiatrique G._____.

9.1 La recourante conteste toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr G._____, auquel elle reproche d'avoir pris des conclusions incompatibles avec les constatations de ses médecins traitants et, en particulier, de n'avoir pas dûment motivé le moment de la reprise d'une capacité de travail à 30%. En outre, elle conteste formellement disposer d'une quelconque capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Selon elle, il serait irréaliste de considérer qu'elle retrouve sur un marché du travail équilibré, un emploi « *sans trop de responsabilités, plutôt*

d'exécutante, avec un travail répétitif, à raison d'un 30%, ce qui ne représente pas plus de trois après-midi par semaine », ce d'autant plus que le Dr H._____ (médecin traitant spécialisé en psychiatrie et psychothérapie) a indiqué dans son rapport du 24 avril 2017 qu'une reprise d'activité professionnelle pourrait rapidement péjorer l'état de santé de l'assurée.

9.2 Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

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

En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci

contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références citées ; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

9.2.1 La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire et des 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 37). En outre, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss ; Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 11). Une évaluation médicale répondant aux réquisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision – dont les règles s'appliquent également par analogie lorsque dans une décision une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, comme c'est le cas ici (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d ; 109 V 125 E. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les référence) – si elle ne démontre pas suffisamment une modification effective de l'état de santé et de la capacité de travail (SVR 2012 IV n° 18 p. 81 consid. 4.2). Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les faits constitutifs de la modification sont nouveaux et que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 ; SVR 2012 IV p. 81 consid. 4.3).

9.2.2 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C−2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

9.3 Dans son rapport d'expertise établi le 25 août 2016, le Dr G._____, procédant à l'appréciation diagnostique, retient un état dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne (Axe I) et une personnalité état limite de type abandonnique, sub-décompensée (Axe II).

Il explique que l'expertisée présente une structure de type état limite, autrement dit borderline, où prédominent l'anaclitisme ou des angoisses d'abandon, actuellement sub-décompensée. La problématique fondamentale d'identité et de complétude narcissique en évolution depuis l'adolescence est à l'origine d'une souffrance subjective et d'une symptomatologie dépressive et anxieuse depuis de nombreuses années. Une des seules composantes qui a valorisé l'assurée ces dernières années est sa relation avec sa fille. Mais là encore, le père de l'enfant semble remettre systématiquement en cause ses compétences de mère, causant une nouvelle blessure dévalorisante.

L’expert observe en outre chez l’expertisée les critères cardinaux de l'épisode dépressif majeur, à savoir un état certes fluctuant, mais marqué par une certaine tristesse de manière constante, des difficultés à ressentir du plaisir et de l'intérêt, ainsi qu'une fatigabilité qui va de pair avec de nombreuses plaintes psychosomatiques. La récurrence, compte tenu des épisodes antérieurs, peut être retenue. L'aggravation – ou subséquemment la légère amélioration – de la symptomatologie dépressive est assez caractéristique chez les états limites. Elle évolue actuellement entre une gravité moyenne à parfois légère. L’assurée parvient néanmoins à assumer un bon nombre de tâches ménagères, ainsi que l’éducation de sa fille lorsque celle-ci est présente. Les tendances régressives se manifestent lorsqu'elle se retrouve seule chez elle, avec une tendance à l'hypocondrie ou aux somatisations. Il est classique d'observer chez les états limites, le recours aux plaintes somatiques pour médiatiser la souffrance psychique, ce qui va de pair avec la faible prise de conscience et les protège narcissiquement.

Le trouble de la personnalité joue probablement un rôle défavorable dans l'évolution de la pathologie dépressive et des capacités adaptatives socio-professionnelles de l’assurée. Sur le plan mental, il existe quelques limitations relatives à l'épisode dépressif (variations de l'humeur, problèmes d'attention et de concentration), même si celui-ci pourrait être clairement amélioré moyennant l'adaptation du traitement pharmacologique. L’évolution du trouble de la personnalité, actuellement sub-décompensé, est beaucoup plus réservé compte tenu de l’importance des bénéfices secondaires (ressources financières, risques de licenciement, compassion de l’entourage). L’on peut s'attendre à la poursuite d'une mauvaise évaluation effective et relationnelle de la réalité, entraînant des comportements de mise en échec, de fuite ou d'auto-sabotage.

Soulignant une évolution régressive avec un effondrement narcissique − autrement dit de l'idéal de soi − l’expert partage l’avis de la psychiatre traitante selon lequel la patiente a perdu un certain nombre de ses compétences et se sent abandonnée par les instances supposées lui venir en aide. La dégradation est manifeste et la capacité de travail semble diminuée, même si l’on doit lui reconnaître encore un certain nombre de compétences. Le pronostic est réservé compte tenu du trouble de la personnalité, du dysfonctionnement que celui-ci induit, ainsi que de la succession d’échecs personnels, professionnels, sentimentaux qui ont fortement entamé les ressources narcissiques de l’expertisée.

En conclusion, l'expert retient, sur la base d'un taux d'occupation de 100%, une incapacité de travail de 70%. L'expertisée est à même de reprendre depuis le mois de janvier 2016, l'exercice au maximum à 30% d'une activité lucrative sédentaire, simple et sans grandes responsabilités comme employée de bureau. Cela correspond à trois demi-journées par semaine et semble tout à fait réaliste compte tenu de la symptomatologie dépressive fluctuante qui se répercute sur le fonctionnement extra-professionnel de l'assurée et présenterait l'avantage de maintenir une certaine intégration professionnelle (OAIE doc. 113).

9.4 A la lecture de ce qui précède, l'expert psychiatre retient les diagnostics d'état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne à légère chez une personnalité état limite de type abandonnique, sub-décompensée, permettant l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 30% − sur 100% − au maximum dès le mois de janvier 2016. Dès lors qu'il est établi que l'assurée a présenté dès le 19 octobre 2014 une incapacité totale de travail en raison notamment d'un état dépressif récurrent de gravité sévère (cf. consid. 8.3 supra), il en résulte une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante ainsi que de sa capacité de travail.

Cependant, le rapport d'expertise ne consacre aucun développement aux circonstances à la faveur desquelles l'amélioration diagnostique retenue se serait produite. L'expert psychiatre retient en effet, sans la motiver, une légère amélioration du trouble dépressif récurrent ainsi que de la capacité corrélative de travail, alors même qu'il pose un pronostic réservé quant à l'évolution de cette dernière atteinte compte tenu du trouble de la personnalité, du dysfonctionnement que celui-ci induit, ainsi que de la succession d'échecs personnels, professionnels, sentimentaux qui ont fortement entamé les ressources narcissiques de l'assurée. Considérant en particulier que le trouble de la personnalité joue un rôle défavorable dans l'évolution de la pathologie dépressive, il n'explique pas en quoi, ce nonobstant, le trouble dépressif récurrent, retenu comme sévère en 2014, se serait légèrement résorbé au point de ne plus présenter qu'une gravité moyenne à légère à partir du 1er janvier 2016, cela alors même que le trouble de la personnalité est alors considéré comme sub-décompensé, que l'évolution de celui-ci est réservée compte tenu de l'importance des bénéfices secondaires, qu'il y a lieu de s'attendre à la poursuite d'une mauvaise évaluation effective et relationnelle de la réalité avec des comportements de mise en échec, de fuite ou d'auto-sabotage, que l'assurée présente une évolution régressive avec un effondrement narcissique et que la dégradation est manifeste. En d'autres termes, l'expert retient une amélioration du trouble dépressif récurrent alors que la

personnalité pathologique qui lui sous-tend ne présente aucune évolution favorable susceptible d'expliquer de manière cohérente et compréhensible une quelconque amélioration du trouble dépressif.

L'expert psychiatre ne démontre pas non plus en quoi l'amélioration du trouble dépressif récurrent, nonobstant le caractère fluctuant de celui-ci, aurait été observée sur une durée juridiquement suffisante de trois mois au moins (cf. art. 88*a* al. 2, 1ère phrase, RAI). En particulier, il ne se détermine pas sur le fait qu'une amélioration du trouble dépressif récurrent tenue pour juridiquement déterminante à partir de janvier 2016 aurait dû survenir à partir d'octobre 2015, soit à une période durant laquelle l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier ont retenu de manière unanime une incapacité totale de travail de l'assurée. De la même manière, l'expert n'explique pas en quoi les problèmes d'attention et de concentration induits par le trouble dépressif récurrent de gravité moyenne à légère permettraient à la recourante d'exercer à 30% une activité de secrétariat.

Enfin, dans la mesure où l'expert précise qu'une capacité de travail de 30% présenterait l'avantage de maintenir une certaine intégration professionnelle, il s'écarte du mandat d'expertise médicale (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 457/04 du 26 octobre 2004, in : SVR 2006 IV N° 10 consid. 4.1 avec renvois à l'ATF 107 V 20 consid. 2b ; voir également l'arrêt TAF C-5381/2017 du 25 juillet 2019 consid. 5.6). De même, en indiquant qu'une capacité de travail de 30% correspondant à trois demi-journées par semaine « *semble tout à fait réaliste* », l'expert fait de surcroît état d'une conjecture qui ne satisfait pas au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant dans le droit des assurances sociales (cf. consid 3.2 supra).

Cela étant, force est de constater que l'expert ne décrit pas les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assurée. Il n'établit pas en quoi les faits constitutifs de la modification seraient nouveaux ni en quoi les faits préexistants se seraient substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Partant, le rapport d'expertise ne démontre aucunement en quoi une modification effective de l'état de santé et de la capacité de travail se serait produite. A ce défaut, l'expert livre son appréciation d'un état de santé et d'une capacité de travail observés lors des entretiens d'expertise effectués les 25 janvier et 12 février 2016 et en définitive demeurés inchangés. Si une telle appréciation médicale peut suffire à l'évaluation initiale du droit à la rente, il n'en va pas de même dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente, la valeur probante

d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépendant largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification retenue de l'état de santé, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence (cf. consid. 9.2.1 supra). A défaut d'expliquer d'une manière convaincante en quoi le trouble dépressif récurrent serait passé d'un degré de gravité sévère à moyenne voire légère et en quoi la capacité corrélative de travail serait passée de 0% à 30% (sur 100%) à partir de janvier 2016, le rapport d'expertise se révèle dépourvu de valeur probante sur ces points.

9.5 Le défaut dont le rapport d'expertise du Dr G._____ est ainsi entaché ne saurait être comblé par les prises de position SMR établies le 4 juillet 2017 et 5 septembre 2017 par les Drs I._____ et J._____. En effet, ces prises de position SMR ne sont pas fondées sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne permettent pas de poser de nouvelles conclusions médicales. Si, comme en l'occurrence, les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (cf. consid. 9.2.2 supra). Sur le fond, le Tribunal ajoute que les considérations des Drs I._____ et J._____ selon lesquelles l'exercice d'une activité lucrative adaptée serait exigible de la part de l'assurée à 30% depuis le mois de janvier 2016 du fait que l'assurée aurait cessé son traitement inhibiteur d'aromatase au début de l'année 2016, ce qui avait raisonnablement pu contribuer à améliorer ses fonctions cognitives à partir de cette date, ne sauraient emporter la conviction de la Cour dès lors que le 3ème traitement d'hormonothérapie prévu n'a pas pu être administré en raison des douleurs et des conditions de mobilité difficiles découlant d'une facture tri-malléolaire luxée de la cheville gauche ainsi que d'une entorse de la cheville droite survenues en octobre 2014 (cf. rapports des 9 et 20 mars 2015 de la Dresse R._____[OAIE doc. 86 p. 2, 7] et 24 mars 2015 du Dr W._____ [OAIE doc. 87]). En outre, aucune pièce au dossier n'exclut, à ce stade, une éventuelle reprise du traitement inhibiteur d'aromatase respectivement des effets secondaires à celui-ci au nombre desquels figurent notamment les troubles cognitifs.

9.6 Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans retient qu'en opposant à la recourante une capacité de travail de 30% dès janvier 2016, l'OAIE a retenu une amélioration des circonstances sur la base d'un rapport d'expertise psychiatrique dépourvu de valeur probante sur ces points et de prises de positions SMR qui ne sauraient pallier cette lacune. A défaut de se fonder sur un rapport d'expertise établissant de manière convaincante une amélioration sensible de l'état de santé psychique

respectivement d'une capacité corrélative de travail de la recourante à partir de cette date, l'OAIE échoue à rapporter la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une diminution notable du degré d'invalidité de la recourante au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. consid. 5.1 ss supra). Il en supporte les conséquences dans le sens que l'amélioration des circonstances retenue ne saurait être opposée à l'assurée laquelle continue de percevoir, jusqu'à preuve du contraire, une rente entière fondée sur une incapacité totale de travail perdurant depuis le mois d'octobre 2014 (cf. consid. 8.3 supra). La jurisprudence dispose en effet que dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur, qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (ATF 121 V 208 consid. 6a-b et les références citées ; cf. également arrêts du TAF C-3597/2011 du 11 janvier 2013 consid. 2.5.1 ; C-6800/2014 du 26 mai 2020 consid. 15).

10.

Au demeurant, la Cour de céans constate qu'en sus des troubles orthopédiques et psychiques traités ci-dessus (cf. consid. 8.1, 8.2.5 et 8.3 supra), la recourante a présenté un carcinome lobulaire invasif G2 du quadrant supéro-externe du sein droit diagnostiqué en décembre 2011 et traité par tumorectomie en janvier 2012, chimiothérapie jusqu'en juillet 2012 et radiothérapie adjuvante de juillet à août 2012 (cf. rapports des 3 décembre 2012, 26 avril 2013 et 10 septembre 2013 du Dr O._____, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie [OAIE doc. 26 p. 5, 28, 31], rapports des 25 décembre 2014, 25 et 29 avril 2015 de la Dresse U._____ [OAIE doc. 74 p. 2, 93 p. 1-7], rapport du 24 mars 2015 du Dr W._____, spécialiste en oncologie et hématologie [OAIE doc. 87], rapports des 9 et 20 mars 2015 de la Dresse R._____ [OAIE doc. 86 p. 2, 7], rapport SMR du 11 février 2014 de la Dresse N._____ [OAIE doc. 39]). De l'avis unanime des médecins traitants et SMR, l'atteinte oncologique, les traitements et la fatigue en résultant ont causé à la recourante les incapacités de travail échelonnées comme suit :

- 100% à partir du 14 décembre 2011,
- 60% à partir du 1er septembre 2013,
- 50% à partir du 15 janvier 2014 en raison des séquelles oncologiques (effets secondaires dues à l'hormonothérapie) et des troubles psychiques,

– 60% à partir du 1er avril 2014 pour les mêmes motifs que précités. En effet les traitements de chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie, très mal tolérés, ont entraîné d'importants effets secondaires (douleurs musculaires et articulaires invalidantes, asthénie, polyneuropathie des extrémités, épuisement permanent associé à un état anxio-dépressif réactionnel, très importants troubles cognitifs), de sorte que l'assurée a dû réduire l'exercice de son activité lucrative à 40% (sur 90%) dès le 11 avril 2014 (cf. rapports et attestations des 10 et 29 avril 2014, 25 décembre 2014 et 25 avril 2015 de la Dresse U._____ [OAIE doc. 53, 55 p. 2, 74, 93 pp. 1-7] ; rapport du 18 février 2015 du Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie [OAIE doc. 93 pp. 8-10] ; rapport du 9 mars 2015 de la Dresse R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie [OAIE doc. 86 pp. 8-12] ; rapport d'évaluation OCAS GE du 16 janvier 2015 [OAIE doc. 72]).

Or, par décision du 2 juin 2014, l'OAIE a alloué les prestations suivantes à l'assurée :

– une rente entière à compter du 1er décembre 2012 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% correspondant à une incapacité de travail de 100% (sur 90%) depuis le 14 décembre 2011,

– une demi-rente à compter du 1er septembre 2013 compte tenu d'un degré d'invalidité de 54% correspondant à une incapacité de travail de 60% (sur 90%) dès le mois de septembre 2013,

– un quart de rente à compter du 1er février 2014 compte tenu d'un degré d'invalidité de 45% correspondant à une incapacité de travail de 50% (sur 90%) dès la mi-janvier 2014.

Il apparaît ainsi que l'incapacité de travail de 60% survenue dès le 1er avril 2014 n'a pas été prise en considération par l'OAIE dans ses décisions du 2 juin 2014 (cf. consid. 6 ss supra), lesquelles ne sont par conséquent assorties d'aucune force de chose décidée sur ce point. Cette aggravation de l'état de santé respectivement de gain peut dès lors être prise en considération dans le cadre de la présente procédure de révision et fonder à compter du 1er novembre 2014 − l'assurée ayant déposé la présente demande de révision le 26 novembre 2014 (cf. consid. 5.1.3.2 supra) − le droit à une demi-rente d'invalidité, non pas à une rente entière comme réclamé par la recourante.

11.
Sur le vu de tout ce qui précède, la Cour de céans retient comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante a présenté une incapacité de travail de 60% à compter du 1er avril 2014, puis de 100% dès le 19 octobre 2014 lui ouvrant le droit à une demi-rente à compter du 1er novembre 2014 puis à une rente entière à compter du 1er janvier 2015. Partant, la décision litigieuse qui oppose à la recourante une capacité de travail de 30% (sur 100%) à compter du 19 octobre 2014 et lui alloue ¾ de rente à compter du 1er janvier 2015, doit être annulée et réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente à partir du 1er novembre 2014, puis à une rente entière à compter du 1er janvier 2015, le dossier étant retourné à l'OAIE afin qu'il détermine le montant des rentes, avec suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGA).

12.
Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé.

12.1 En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. À titre exceptionnel, ils peuvent être entièrement remis (art. 63 al. 1 PA). L'art. 6 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) précise que les frais de procédure peuvent être remis totalement ou partiellement à une partie ne bénéficiant pas de l'assistance judiciaire prévue à l'art. 65 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative lorsque (a.) le recours est réglé par un désistement ou une transaction sans avoir causé un travail considérable ou (b.) pour d'autres motifs ayant trait au litige ou à la partie en cause, il ne paraît pas équitable de mettre les frais de procédure à la charge de celle-ci. En l'espèce, bien que la recourante n'ait pas obtenu gain de cause totale, ses prétentions ont été admises sur le fond dans leur quasi-totalité et la décision attaquée a été annulée et réformée. Dans ces circonstances, il ne paraît pas équitable de mettre des frais de procédure à la charge de la recourante, de sorte que ceux-ci sont entièrement remis à titre exceptionnel. Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de 800.— fr. (TAF pces 3 et 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

12.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF, 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 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phrase.). En l'espèce, la recourante ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il lui est alloué une indemnité de dépens de 2'800.- francs non soumises à la TVA (art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure. En particulier, le fait que la recourante n'obtienne une rente entière qu'à compter du 1er janvier 2015 ne saurait fonder une réduction de l'indemnité de dépens, sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente entière dès le 1er novembre 2014 n'ayant entraîné aucune incidence sur le sort de la procédure (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_288/2015 du 7 janvier 2016 consid. 4.2).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis.

2.
La décision de l'OAIE du 21 mars 2017 est annulée et réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1er novembre 2014, puis à une rente entière à compter du 1er janvier 2015, le tout avec suite d'intérêts moratoires.

3.
Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin que celle-ci détermine le montant des rentes.

4.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure présumés de 800.- francs versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

5.
Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens d'un montant de 2'800.- francs à charge de l'autorité inférieure.

6.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Acte judiciaire)
– à l'autorité inférieure (n° de réf. […]; Recommandé)
– à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

(L'indication des voies de droit figure à la page suivante)

La présidente du collège : Le greffier :

Caroline Gehring Luca Rossi

Indication des voies de droit :

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

Expedition: