



Cour III
C-4516/2020

Arrêt du 12 septembre 2023

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Vito Valenti, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A. _____, France,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité; rente entière limitée dans le temps;
décision du 31 juillet 2020.

Faits :**A.**

A._____ est une frontalière de nationalité suisse, née le [...] 1965 (OAI GE pce 1). Domiciliée en France, elle a travaillé en Suisse en dernier lieu en tant que secrétaire auprès de l'entreprise B._____ SA, activité qu'elle a débutée au mois de janvier 2007 et qu'elle a cessée le 7 janvier 2013 pour raisons de santé. Son taux d'activité était de 90% dès le 1^{er} juin 2012. Son employeur a résilié le contrat qui les liait avec effet au 30 septembre 2013 (OAI GE pce 7 [questionnaire pour l'employeur] ; pce 8 p. 43, 50, 55, 59, 62 ; pce 10 [compte individuel] ; pce 13 ; pce 20 p. 103 et 105 ; pce 37 [certificats et avis d'arrêt de travail]).

B.

Le 19 février 2014, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI GE ; OAI GE pce 2).

B.a Selon les pièces médicales produites dans le cadre de cette demande, l'intéressée souffrait des deux genoux dès décembre 2012 : le genou droit montrait un début d'arthrose fémoro-patellaire, tandis que le genou gauche présentait une dysplasie fémoro-patellaire ainsi qu'une arthrose fémoro-tibiale (rapports des 27 décembre 2012 et 1^{er} février 2013 du Dr C._____, chirurgien de la hanche et du genou ; résultats d'une tomodensitométrie des genoux du 29 janvier 2013 [OAI GE pce 8 p. 60, 61, 63]). Le 11 avril 2013, une médialisation de la tubérosité tibiale antérieure et une patellectomie du genou droit ont été réalisées, tandis que le 8 avril 2014, une prothèse totale du genou gauche a été mise en place (compte-rendu opératoire du 11 avril 2013, rapports du Dr C._____ des 3 juin, 22 juillet et 8 août 2013 [OAI GE pce 8 p. 51, 52, 56 à 58] ; voir également rapport du 8 novembre 2013 établi par le Dr D._____, médecin généraliste, à la demande de E._____ SA, intervenue en tant qu'assureur perte de gain en cas de maladie [OAI GE pce 20 p. 109 à 111] ; rapports du Dr C._____ des 6 et 14 février et 7 mars 2014, compte-rendu opératoire du 8 avril 2014 ainsi que correspondance du 17 juin 2014 [OAI GE pce 8 p. 48 ; pce 9 ; pce 17 p. 94 à 96] ; rapports du 28 mai 2014 du Dr F._____, médecin de famille [OAI GE pce 16 ; pce 20 p. 104]).

B.b Se fondant sur l'avis du Service Médical Régional AI (SMR) du 2 septembre 2014, lequel a conclu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable (OAI GE pce 21), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a rejeté la demande de rente de A._____

par décision du 31 octobre 2014 (OAI GE pce 26 ; voir également projet de décision du 12 septembre 2014 et opposition au projet de décision du 6 octobre 2014 [OAI GE pces 22 et 23]).

B.c Le 20 novembre 2014, l'intéressée a recouru auprès du Tribunal administratif fédéral (également TAF ou le Tribunal ; OAI GE pce 27). Elle contestait avoir récupéré sa capacité de travail et soutenait que son état était toujours très limité en raison des atteintes à ses genoux, épaules et dos. A son recours était joint un certificat du 20 novembre 2014 du Dr F._____, médecin de famille, attestant que l'état de santé de sa patiente entraînait la poursuite de son incapacité de travail du 4 janvier au 8 avril 2014 inclus. Ont encore été versés aux actes, dans le cadre de la procédure de recours, un rapport d'expertise du 18 janvier 2015 du Dr G._____, médecin généraliste et expert auprès de la Cour d'appel en France, qui rapportait une polyopathie (notamment, lombalgies chroniques avec sciatalgies et cruralgies épisodiques, gonalgies et douleurs de hanches) et estimait le handicap de l'intéressée à 40%, ainsi qu'un compte-rendu du 22 septembre 2016 concernant des consultations de rhumatologie du 18 au 31 août 2016, établi par la Dre H._____, rhumatologue, qui concluait à une fibromyalgie (OAI GE pce 37 p. 173 à 183 ; pce 54 p. 225 ; pce 67 ; voir également certificat du 20 mai 2015 du Dr F._____ [OAI GE pce 44 p. 197 et 198]).

B.d Dans son arrêt C-7117/2014 du 19 décembre 2016 (OAI GE pce 59 ; recours de l'intéressée au Tribunal fédéral du 14 février 2017 déclaré irrecevable : arrêt 9C_150/2017 du 14 mars 2017 [OAI GE pces 63 et 65]), le Tribunal administratif fédéral a partiellement admis le recours du 20 novembre 2014. Il a reconnu à A._____ le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août au 31 octobre 2014, considérant que la recourante présentait une incapacité d'exercer toute activité du 7 janvier 2013 au 6 juillet 2014 sans interruption, puis une amélioration suite à l'opération du genou gauche, permettant de supprimer le droit aux prestations. Par ailleurs, le Tribunal de céans a noté que si le compte-rendu précité de la Dre H._____ devait s'avérer être l'indice d'une péjoration de la situation de l'intéressée, il s'agirait alors de faits nouveaux, survenus après la décision du 31 octobre 2014 et qui devraient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

C.

C.a Le 10 avril 2017, A._____ dépose une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI GE (OAI GE pce 69), complétée par une

documentation médicale transmise par courrier du 17 juin 2017 (OAI GE pce 80). L'intéressée y explique que son état de santé s'est fortement dégradé depuis 2013, qu'elle souffre de douleurs articulaires et d'une fibromyalgie, que des problèmes cognitifs et une dépression se sont en outre installés et qu'elle est sous traitement anti-dépresseur, suivie par un psychiatre et dans un centre anti-douleur. Elle déclare n'avoir jamais repris d'activité lucrative depuis 2013 (voir certificats d'incapacité de travail et avis d'arrêt de travail signés des Drs F._____ et C._____, relatifs aux années 2013 à 2017 [OAI GE pce 78 p. 328 à 339]).

C.b Parmi la documentation jointe au courrier du 17 juin 2017 se trouvent les résultats de radiographies du genou gauche réalisées en avril 2014 et mai 2015, des chevilles et des pieds effectuées en septembre 2015, ainsi que des épaules, du bassin et du rachis dorso-lombaire, datées du 19 mai 2017, concluant notamment à une coxarthrose bilatérale débutante et à une discopathie pluri-étagée prédominant à l'étage lombaire. S'y trouve également le compte-rendu du 22 septembre 2016 de la Dre H._____, dans lequel celle-ci conclut au diagnostic de fibromyalgie et conseille la poursuite des traitements à visée antalgique et la prise en charge soit dans un centre de la douleur, soit par un psychiatre (voir *supra* Faits B.b ; OAI GE pce 78 p. 344 à 357). Un nouveau rapport d'expertise du Dr G._____, du 19 mai 2017, est également produit, dans lequel le médecin décrit notamment une tension sensible dans les mouvements de grande amplitude au niveau des épaules, une arthrose du genou droit, une limitation dans l'aptitude au déplacement, un enraidissement relatif des amputations articulaires au niveau des genoux, des lombalgies chroniques avec sciatalgies et cruralgies, une fibromyalgie étayée par la Dre H._____ et des troubles dépressifs ayant nécessité une hospitalisation courte en septembre 2016 ainsi qu'un traitement permanent (OAI GE pce 78 p. 367 à 379). En conclusion, le Dr G._____ estime difficile d'envisager une reprise du travail en Suisse par l'intéressée du fait d'une diminution de ses capacités de mobilité et des pathologies présentées. Des ordonnances, établies par le Dr I._____, psychiatre à la Clinique J._____, et par la Dre K._____, médecin de la douleur au Centre hospitalier L._____, datées de septembre 2016 et de mai 2017, mentionnent du Prozac, du Seresta, du Cymbalta et de la Lamaline (OAI GE pce 78 p. 361 à 363).

C.c Invité à se prononcer sur le dossier médical, le SMR estime nécessaire, dans son avis du 12 juillet 2017, d'investiguer la fibromyalgie et l'état dépressif par le biais d'une expertise rhumato-psychiatrique (OAI GE pce 83).

C.d Le 27 novembre 2018, A._____ forme auprès du Tribunal de céans un recours pour déni de justice concernant sa nouvelle demande de prestations AI (OAI GE pce 100). Par arrêt du 9 septembre 2019, le Tribunal admet le recours de l'intéressée et enjoint l'administration de poursuivre sans attendre la mise sur pied de l'expertise bidisciplinaire requise par le SMR dans son avis du 12 juillet 2017 et de mener à terme dans les meilleurs délais l'instruction du dossier de la recourante (OAI GE pce 120).

C.e Le 10 septembre 2019, le Centre d'expertise médicale M._____ (Centre M._____) rend son rapport suite à l'expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée le 12 avril 2019 (OAI GE pce 118). Le Dr N._____, rhumatologue, et la Dre O._____, psychiatre, retiennent les diagnostics de status post chirurgie de la prothèse totale du genou gauche en avril 2014, de status post médialisation de la tubérosité tibiale antérieure et patellectomie du genou droit en avril 2013, de status post chirurgie des épaules et de trouble dépressif récurrent, actuellement léger, avec syndrome somatique (F33.10 ; p. 543, 557 et 568). Sur le plan rhumatologique, le Dr N._____ conclut qu'en dehors des périodes d'hospitalisation et post-opératoires déjà prises en compte dans le cadre de la première demande de prestations, la recourante présente une pleine capacité de travail dans toute activité – y compris l'activité habituelle de secrétaire – respectant les limitations fonctionnelles mises en évidence (p. 544, 546, 547). Au niveau psychiatrique, la Dre O._____ estime la capacité de travail à 80% dans toute activité au moment de l'expertise en raison des symptômes résiduels de la dépression, et présume que l'état anxio-dépressif a eu un effet sur la capacité de travail de façon importante à la suite du long arrêt de travail en 2013, jusqu'à l'instauration du traitement psychiatrique en 2016 (p. 563, 564, 571, 572).

Invitée par le SMR à préciser ses conclusions (avis du 17 septembre 2019 [OAI GE pce 121]), la Dre O._____ indique dans une correspondance du 1^{er} octobre 2019 qu'on pourrait conclure à une capacité de travail de 0% sur le plan psychique en septembre 2013, puis, une prise en charge psychiatrique adéquate ayant débuté en 2016, à une amélioration de la capacité de travail à ce moment, évaluée à 80%, probablement en quelques mois (OAI GE pce 124).

C.f Le 27 novembre 2019, le SMR rend son rapport final, reprenant les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par les experts du Centre M._____. S'agissant de la capacité de travail, le SMR explique qu'il ne peut suivre l'expert psychiatre et conclut à une incapacité de travail de

100% dès septembre 2016 et de 20% dès le 12 avril 2019 (OAI GE pce 127).

C.g Après avoir réalisé une enquête économique sur le ménage, puis procédé à l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode mixte (OAI GE pces 130 à 132), l'OAI GE informe l'intéressée qu'il entend lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2017 au 31 juillet 2019 sur la base d'un degré d'invalidité de 91%, s'améliorant à 19% dès avril 2019 (projet de décision du 7 février 2020 [OAI GE pce 139]), ce que l'OAIE confirme par décision du 31 juillet 2020 (OAI GE pces 156 et 159), malgré l'opposition de l'intéressée (OAI GE pces 141, 147, 149, 155).

D.

D.a Par acte du 1^{er} septembre 2020, renvoyé le 29 octobre 2020 (timbres postaux ; TAF pces 1 et 5), A._____ recourt devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision du 31 juillet 2020. Elle soutient ne pouvoir ni travailler, ni s'occuper de son ménage, sa santé se détériorant de manière irréversible. Elle relève que les mesures de confinement ordonnées pour lutter contre la pandémie de Covid-19 ne lui ont pas permis de produire des rapports médicaux en procédure d'audition et que malgré ses sollicitations, elle n'a pas obtenu le rapport d'expertise du Centre M._____. Elle demande à pouvoir faire une « contre-expertise » (TAF pce 1).

D.b Dans sa réponse du 4 décembre 2020, l'OAIE conclut au rejet du recours, suivant la prise de position du 2 décembre 2020 de l'OAI GE, lequel reprend la motivation de la décision litigieuse (TAF pce 8 ; voir également écriture complémentaire de la recourante, du 10 avril 2021, et déterminations de l'OAIE et de l'OAI GE des 28 juin et 6 juillet 2021 [TAF pces 16 et 24]).

D.c Par ordonnance du 8 mars 2023, notifiée à la recourante le 13 mars 2023, le Tribunal de céans communique à l'intéressée qu'il entend renvoyer la cause à l'autorité inférieure et l'informe des risques correspondants en termes de *reformatio in pejus* ; il lui impartit un délai pour prendre position à cet égard ou retirer son recours, et l'avise qu'en l'absence de réponse dans le délai, le recours sera considéré comme maintenu (TAF pces 35 et 36).

Par courriel du 3 mai 2023 adressé à la Caisse suisse de compensation et transmis au Tribunal le 16 mai 2023, la recourante, se méprenant,

demande à l'autorité inférieure de procéder au calcul de sa rente, dans la mesure où le Tribunal aurait refusé la décision litigieuse. Le Tribunal lui explique l'état de la procédure par courrier du 24 mai 2023 (TAF pces 37 et 38).

Droit :

1.

1.1 En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (voir également art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201], en particulier art. 40 al. 2^{quater} RAI).

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 3), le recours est recevable.

2.

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 31 juillet 2020 allouant à la recourante une rente entière du 1^{er} octobre 2017 au 31 juillet 2019.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, 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). Par ailleurs, 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 (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e 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 ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e 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) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) jusqu'au 31 décembre 2021, s'appliquent au cas d'espèce. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables ici, dans la mesure où compte tenu du dépôt de la nouvelle demande le 10 avril 2017 (OAI GE pce 69), le droit éventuel à une rente ne pourrait prendre naissance que le 1^{er} octobre 2017 au plus tôt (à l'échéance d'une période de six mois : art. 29 al. 1 LAI ; voir *infra* consid. 7.1 et 13.4 ; voir Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2022, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état le 1er janvier 2022, ch. 1007 à 1010).

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

4.3 Dans la mesure où la requérante est une ressortissante suisse, est domiciliée en France et a été assurée à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI), l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Sont dès lors applicables à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP), ainsi que le règlement (CE) n° 883/2004 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) et le règlement (CE) n° 987/2009 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). 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).

5.

Dans son recours, la requérante relève que les mesures de confinement ordonnées pour lutter contre la pandémie de Covid-19 ne lui ont pas permis de produire des rapports médicaux en procédure d'audition et, en outre, que malgré ses demandes, elle n'aurait pas obtenu le rapport d'expertise du Centre M._____. Elle semble ainsi faire valoir implicitement une violation du droit d'être entendue.

5.1 Conformément à l'art. 29 al. 2 Cst., les parties ont le droit d'être entendues (voir également art. 29 PA). Le droit d'être entendu est de nature formelle. Sa violation entraîne l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée, indépendamment du bien-fondé matériel du recours. Ce grief doit donc être traité en premier lieu (ATF 137 I 195 consid. 2.2).

Le droit d'être entendu comprend notamment le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et celui de participer à l'administration de celles-ci (BOVAY, op. cit., p. 249 ss et les réf. cit. ; parmi de nombreux arrêts : ATF 141 V 557 consid. 3.1 ; 139 II 489 consid. 3.3 ; 139 I 189 consid. 3.2 ; 138 I 484 consid. 2.1 ; 138 I 154 consid. 2.3.3 ; 137 I 195 consid. 2.3.1 ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). En procédure administrative fédérale, le droit d'être entendu est consacré par

les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu *stricto sensu*) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée) ainsi qu'en matière d'assurances sociales aux art. 42 LPGA (droit d'être entendu) et 52 al. 2 LPGA (motivation des décisions sur opposition).

5.2 Ce grief doit être rejeté en l'espèce. En effet, il appert que par courrier du 5 mars 2020, l'OAI GE a répondu à la demande formulée par la recourante dans son opposition du 26 février 2020 (OAI GE pce 141), l'informant que son dossier contenant des données médicales sensibles, il ne pouvait être transmis qu'à un médecin autorisé par l'intéressée (OAI GE pce 142). Celle-ci a donc communiqué les coordonnées du Dr F. _____ à l'OAI GE, lequel a envoyé le dossier, où figure le rapport d'expertise du Centre M. _____, une première fois en date du 16 mars 2020, puis une seconde fois le 26 mai 2020, suite à un courriel de la recourante du 14 mai 2020 (OAI GE pces 144, 145, 152, 153). Par ailleurs, compte tenu des circonstances particulières dues aux mesures de confinement, l'OAI GE a accordé à trois reprises une prolongation de délai afin de permettre à la recourante de lui faire part de ses objections et de produire d'éventuels moyens de preuve, fixant ce délai une première fois au 17 avril 2020, puis au 15 mai 2020 et enfin au 22 juin 2020, après que l'intéressée lui a fait part d'un déconfinement partiel lui permettant de reprendre contact avec ses médecins (OAI GE pces 146, 148, 152, 154).

Partant, on ne saurait considérer qu'il y a eu violation du droit d'être entendu. Au demeurant, il ressort de ce qui suit que l'examen du litige au fond résulte en l'admission du recours et en l'annulation de la décision attaquée.

6.

6.1 La décision du 31 juillet 2020 dont est recours, qui alloue à la recourante une rente entière limitée dans le temps (OAI GE pces 156 et 159), fait suite à une première demande de prestations d'invalidité, du 19 février 2014 (OAI GE pce 2). Cette première demande a donné lieu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, limitée à la période du 1^{er} août au 31 octobre 2014, au motif qu'au-delà du 6 juillet 2014, l'état de santé de la recourante s'est amélioré dans une mesure permettant de supprimer son droit à des prestations (arrêt C-7117/2014 du 19 décembre 2016 [OAI GE pce 59]).

6.2 L'entrée en force du jugement antérieur fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état de fait jugé en

son temps est resté pour l'essentiel le même. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée, ou supprimée, parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande de prestations ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de la personne concernée (art. 87 al. 3 RAI, en rapport avec l'art. 87 al. 2 RAI).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande de rente, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande ; elle doit alors examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du TF 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne concernée est effectivement survenue. Ainsi, lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt du TF 9C_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2). Selon cette disposition, si le taux d'invalidité du ou de la bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (ATF 125 V 368 consid. 2 ; 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a ; 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n° 11 ss).

Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et les réf. cit.).

En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge. (arrêt du TF I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2 ; ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 108 consid. 2).

6.3 En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 31 juillet 2020 par laquelle l'OAIE octroie à la recourante une rente entière du

1^{er} octobre 2017 au 31 juillet 2019 (OAI GE pces 156 et 159), suite au dépôt d'une seconde demande de prestations. La contestation s'inscrit ainsi dans le double contexte du droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations (art. 17 al. 1 LPGA, applicable par analogie selon l'art. 87 al. 3 RAI ; voir aussi ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3.2) et de l'octroi d'une rente limitée dans le temps (également art. 17 al. 1 LPGA ; entre autres : arrêt du TF 9C_704/2016 du 28 décembre 2016 consid. 2.2 et les réf. cit.).

Dès lors que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande, le Tribunal doit examiner, dans un premier temps, si l'état de santé et/ou ses conséquences sur la capacité de gain de l'intéressée ont bel et bien subi un changement de nature à fonder une invalidité donnant droit à une rente entière d'invalidité, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 31 octobre 2014, tels que jugés par le Tribunal de céans dans son arrêt C-7117/2014 du 19 décembre 2016, et ceux qui ont existé jusqu'au 31 juillet 2020, date de la décision litigieuse. Puis, si le droit à la rente est constaté, le Tribunal jugera, dans un deuxième temps, si l'état de santé ou de la capacité de gain de la recourante s'est bel et bien amélioré à partir du mois d'avril 2019.

7.

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

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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 18^e anniversaire de l'assuré (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2).

7.2 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 (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

8.

8.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1), quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 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 également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

8.2 Quant au juge des assurances sociales, il lui appartient d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur

provenance. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique en effet de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le juge devra s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 33).

9.

Dans le cadre de la première demande de prestations, une rente a été accordée en raison d'une arthrose, liée à une dysplasie, à chaque genou, le genou droit ayant nécessité une médialisation de la tubérosité tibiale antérieure et une patellectomie en avril 2013, tandis qu'une prothèse totale du genou gauche était mise en place en avril 2014. Ces atteintes ont justifié une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 7 janvier 2013 et jusqu'en juillet 2014, mois à partir duquel, après une période de convalescence suivant la mise en place de la prothèse du genou gauche, il a été constaté que l'état de santé de la recourante s'était amélioré dans une mesure permettant de supprimer son droit à des prestations. L'activité habituelle de secrétaire a en effet été jugée médicalement exigible, étant adaptée aux limitations fonctionnelles liées aux genoux et à la mobilité, puisqu'elle n'exige pas de porter des charges, ni d'effectuer des déplacements trop importants, ni d'adopter une position accroupie ou debout de façon prolongée, ni de monter des échelles et échafaudages, ni encore de marcher sur un terrain irrégulier et en descente prolongée. Par ailleurs, des lombalgies chroniques, avec sur le plan clinique une scoliose avec hyperlordose, une luxation des épaules induite par une hyperlaxité,

opérées en 1983 et 1996, ainsi que des douleurs des hanches favorisées par le développement d'une arthrose bilatérale ont été rapportées à l'occasion de la première demande de prestations, atteintes toutefois sans incidence sur la capacité de travail (arrêt C-7117/2014 [OAI GE pce 59] consid. 10, notamment 10.4.2).

10.

Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, la décision litigieuse, octroyant à la recourante une rente entière du 1^{er} octobre 2017 au 31 juillet 2019 (OAI GE pces 156 et 159), a été rendue en se fondant sur le rapport final du SMR du 27 novembre 2019 (OAI GE pce 127). Celui-ci, se basant pour sa part sur le rapport d'expertise du Centre M. _____ du 10 septembre 2019 (OAI GE pce 118), en a repris les diagnostics et limitations fonctionnelles, s'en écartant quelque peu quant à la capacité de travail : il a en effet conclu à une incapacité de travail de 100% dès septembre 2016 et de 20% dès le 12 avril 2019 en raison des atteintes psychiques (OAI GE pce 127). Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante de ces documents médicaux, conformément aux lignes directrices posées par la jurisprudence en matière d'appréciation des rapports médicaux.

11.

11.1 Avec sa demande de prestations, la recourante a fait valoir en particulier, documents à l'appui, une fibromyalgie et un état dépressif (voir notamment OAI GE pces 67, 69, 78 p. 344 à 357 et p. 367 à 379, 80). L'autorité inférieure a dès lors, à juste titre, ordonné une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique afin d'investiguer ces nouveaux diagnostics (OAI GE pce 83). Selon la jurisprudence en effet, la mesure d'instruction adéquate s'agissant de fibromyalgie est la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire, tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et des aspects psychiques ; le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, et l'expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409 ; 143 V 418; 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et, tout comme pour les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409

consid. 4.5.1 et 4.5.2), son évaluation sur le plan de la capacité de travail est soumise à la grille d'évaluation susmentionnée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1, 4.1.3, 4.3 et 4.4 ; 143 V 418 consid. 6 ss ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêts du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et les réf. cit.).

L'expertise bidisciplinaire du Centre M._____, ayant eu lieu le 12 avril 2019, a donc été réalisée par un rhumatologue et une psychiatre, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressée. Cela étant, le Tribunal de céans ne saurait reconnaître valeur probante au rapport établi suite à cette expertise.

11.2 En effet, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGa est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence développée en matière de révision du droit à la rente en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGa, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend également 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 au sens de l'art. 17 al. 1 LPGa (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2).

Or, en l'espèce, si le volet rhumatologique de l'expertise convainc, il n'en va pas de même du volet psychiatrique et des conclusions auxquelles il parvient.

11.3 Ainsi, dans le cadre de son examen rhumatologique, le Dr N._____ a tenu compte de l'entier de la documentation versée au dossier tant dans le cadre de la première demande de prestations, le rapport le plus ancien

auquel il fait référence étant celui du Dr C. _____ du 27 décembre 2012 (OAI GE pce 8 p. 63), que dans le cadre de la seconde demande, soit jusqu'au rapport d'expertise du Dr G. _____ du 19 mai 2017 et aux résultats de radiographie du genou droit du 11 janvier 2019 (OAI GE pce 118 p. 523 à 535 : « Synthèse du dossier »). L'expert rhumatologue a ensuite entendu les plaintes de l'expertisée et établi une anamnèse complète, systématique, familiale, scolaire, professionnelle et sociale (OAI GE pce 118 p. 536 à 540 : « Entretien »).

Puis, le Dr N. _____ a procédé à un examen clinique approfondi, établissant le status général, ORL, cardiologique, pulmonaire, abdominal, neurologique et ostéo-articulaire de la recourante, ce qui l'a conduit à retenir, de façon convaincante, les diagnostics, avec répercussions sur la capacité de travail, de status post chirurgie de la prothèse totale du genou gauche en avril 2014, de status post médialisation de la tubérosité tibiale antérieure et patellectomie du genou droit en avril 2013 et de status post chirurgie des épaules. S'agissant de la fibromyalgie, alléguée par la recourante, le Dr N. _____ a appliqué les critères établis par Wolfe et noté un score de *Widespread pain index* (WIP) de 4 zones douloureuses sur 19 et un score de 3 sur 12 sur l'échelle de sévérité des symptômes (SS) ; cette échelle se réfère aux troubles de la concentration (score de 0/3), aux troubles du sommeil (score de 1/3), aux troubles somatiques (score de 1/3) et à la fatigue (score de 1/3). Le score total étant de 7/31, l'expert n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie, celui-ci requérant un score supérieur à 13 sur 31. Le rhumatologue a par ailleurs évoqué les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome lombo-vertébral chronique, de coxarthrose débutante bilatérale et d'obésité. Puis il a discuté les différents diagnostics posés, de même que les rapports des Drs G. _____ et H. _____, lesquels mentionnent la fibromyalgie. Ainsi, il a notamment relevé que la Dre H. _____, dans son compte-rendu du 22 septembre 2016 (OAI GE pce 54 p. 225), n'avait pas fait le calcul de Wolfe, ni ne donnait de chiffres définis concernant la fibromyalgie, et qu'elle rapportait en outre des lombalgies chroniques avec sciatalgies et cruralgies épisodiques, mais sans preuves radiologiques. Quant à l'expertise du Dr G. _____ du 19 mai 2017, l'expert rhumatologue l'a jugée insuffisante pour permettre de parler de fibromyalgie, à juste titre puisque ce médecin s'est fondé uniquement sur le compte-rendu de la Dre H. _____ pour retenir cette atteinte parmi ses diagnostics (OAI GE pce 78 p. 374 et 379).

Le Dr N. _____ a donc estimé qu'il s'agissait bien plutôt d'une lombalgie chronique, permettant l'exercice de l'activité habituelle de secrétaire, les

bilans radiologiques ne permettant pas de poser avec certitude le diagnostic de sciatique. Concernant les atteintes des hanches, l'expert a indiqué qu'il retrouvait effectivement une arthrose bilatérale, laquelle n'était cependant pas au stade chirurgical et n'entraînait pas d'incapacité de travail au poste de secrétaire. Dès lors, il a décrit des limitations fonctionnelles compte tenu d'un status post chirurgie des épaules et des genoux, et d'un syndrome lombo vertébral, à savoir pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de montée et de descente d'escaliers, échafaudages et échelles, pas de travail de surcharge au niveau du rachis, pas de travail avec les bras au-dessus de l'horizontal (OAI GE pce 118 p. 540 à 544 : « Constatations » et « Diagnostics »).

Après une évaluation médicale et médico-assurantielle approfondie et pertinente, dans laquelle l'expert a passé en revue chacune des atteintes retenues, expliquant en particulier en quoi ces atteintes n'empêchaient pas l'exercice de l'activité habituelle, et appréciant la cohérence entre l'examen médical et les plaintes de l'intéressée, ainsi que ses capacités, ressources et difficultés, le Dr N._____ a conclu logiquement à une situation inchangée par rapport aux faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 31 octobre 2014, tels que jugés par le Tribunal de céans dans son arrêt C-7117/2014 du 19 décembre 2016 : ainsi, en dehors des périodes d'hospitalisation et post-opératoires déjà prises en compte dans le cadre de la première demande de prestations, il existe une pleine capacité de travail dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, lesquelles correspondent pour l'essentiel à celles retenues précédemment, voire s'avèrent plus légères encore (voir *supra* consid. 9). Au surplus, l'expert se prononce sur l'empêchement dans le ménage et dans les travaux habituels, affirmant que l'expertisée est tout à fait capable de s'occuper de son ménage, des repas et des courses, ce qu'elle indiquerait faire d'ailleurs (OAI GE pce 118 p. 544 à 548).

Le Tribunal de céans en conclut qu'il n'y a pas de modification de la capacité de travail de la recourante au niveau somatique depuis les dernières constatations faites dans l'arrêt C-7117/2014. Les conclusions du rapport du 19 mai 2017 du Dr G._____, lequel estime difficile d'envisager une reprise du travail en Suisse par l'intéressée du fait d'une diminution de ses capacités de mobilité et des pathologies présentées, ne remettent pas en cause ce constat, auquel elles ne s'opposent pas totalement d'ailleurs. Comme le note le Dr N._____, elles ne permettent pas de définir avec certitude la capacité de travail de la recourante, ni ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, le Dr G._____ est généraliste, et non pas rhumatologue.

11.4

11.4.1 De son côté, la Dre O._____ a elle aussi pris en compte l'entier de la documentation versée au dossier, son rapport psychiatrique (OAI GE pce 118 p. 549 à 564) se référant à cet égard à la partie « Synthèse », très complète, du rapport rhumatologique (OAI GE pce 118 p. 523 à 535). Puis elle a conduit et rapporté un entretien approfondi avec l'expertisée, au sujet de la vie de cette dernière, de son état de santé actuel, des traitements suivis au niveau psychologique, et a procédé à une anamnèse systématique pour lister les symptômes observés chez l'intéressée : elle a ainsi retenu une humeur dépressive légère, une légère diminution de l'intérêt et du plaisir, une fatigue physique et psychique en lien avec les douleurs ressenties, un sentiment de dévalorisation et une baisse de l'estime et de la confiance de degré léger, la présence d'anxiété et de soucis excessifs, une fatigabilité, des tensions musculaires et des perturbations du sommeil, sans trouble extrinsèque du sommeil. Ont également été décrits dans le rapport, notamment, les anamnèses familiale et sociale, la formation scolaire et le parcours professionnel, le tableau clinique par rapport au travail, une journée type, les traitements suivis, ainsi qu'un entretien concernant les incohérences apparues aux yeux de l'experte, en particulier les troubles de la concentration dont se plaint la recourante et qui ne ressortiraient pas de l'entretien (OAI GE pce 118 p. 550 à 556 : « Entretien »). La Dre O._____ a encore exposé les constatations qu'elle a faites durant l'expertise, à savoir une mauvaise image et estime de soi, une attitude pessimiste envers l'avenir et une humeur triste de degré léger, et a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, actuellement léger, avec syndrome somatique (F33.10), ainsi que celui, sans répercussion, d'anxiété généralisée (F45.4 ; OAI GE pce 118 p. 556 et 557 : « Constatations » et début « Diagnostics »).

11.4.2 Cela étant, dans la suite du rapport, consacrée aux « Interactions entre diagnostics » (OAI GE pce 118 p. 557), la Dre O._____ a indiqué que la recourante souffrait depuis 2013 d'épuisement psychique, ajoutant que les douleurs physiques, dans un contexte de surpoids pondéral, « ont certainement entraîné un épuisement psychique et physique, accompagné d'un état anxiodépressif ». Puis, dans la « Discussion des diagnostics retenus » (OAI GE pce 118 p. 558), elle a expliqué que « l'état dépressif récurrent [était] probablement présent depuis l'automne 2016, sans avoir été diagnostiqué comme tel [...] et [avait] bien évolué sous traitement psychothérapeutique et antidépresseur ». Par la suite, dans son évaluation médicale et médico-assurantielle (OAI GE pce 118 p. 560), la

Dre O. _____ a noté qu'« un épuisement psychique avait été évoqué par le médecin conseil en automne 2013 », l'intéressée n'ayant pas donné suite à la suggestion d'un suivi psychiatrique ; elle a également expliqué qu'« il [était] connu que des douleurs de longue durée sont elles-mêmes une source de stress et d'épuisement psychiques ». Elle en a conclu que la capacité de travail se montait à 80% au moment de son examen, en raison de l'impact des limitations fonctionnelles retenues (légère diminution de la concentration et de l'attention, secondaire à une légère désafférentation, fatigabilité, diminution de la tolérance au stress), et qu'aucune évaluation de la capacité de travail n'ayant été évoquée au niveau psychiatrique par le passé, on pouvait « présumer que l'état anxiodépressif [avait] eu un effet sur la capacité de travail, de façon importante à la suite du long arrêt de travail en 2013, jusqu'à l'instauration du traitement psychiatrique adéquat en 2016 » (OAI GE pce 118 p. 563 et 564).

11.4.3 Ce faisant, il appert que l'experte psychiatre fait des suppositions et se fonde sur des réflexions d'ordre général pour affirmer que l'expertisée souffre d'une dépression récurrente qui se serait installée après l'atteinte physique et aurait eu un effet sur la capacité de travail (OAI GE pce 118 p. 561). Elle cite à plusieurs reprises, pour soutenir son point de vue, un épuisement psychique qui serait évoqué dans un rapport du 8 novembre 2013 établi par le Dr D. _____, médecin généraliste et médecin conseil auprès de E. _____ SA (OAI GE pce 20 p. 109 à 111 ; voir OAI GE pce 118 p. 551 et 556, également p. 567, dans le « Consilium »). Or, le Dr D. _____ ne fait en aucun cas état d'un tel épuisement ; tout au plus indique-t-il, sur le plan psychique, une thymie anxieuse et relève-t-il qu'il n'y a pas de soutien psychothérapeutique, mais que l'intéressée envisage d'y faire recours très prochainement ; au demeurant, le Dr D. _____ conclut à une pleine capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2013. Par ailleurs, la Dre O. _____ semble hésiter sur les dates, situant l'apparition probable des atteintes psychiques tantôt en 2013 tantôt à l'automne 2016 (OAI GE pce 118 p. 558, p. 563 et 564). Enfin, en relevant l'absence d'évaluation de la capacité de travail au niveau psychiatrique dans le dossier médical et en « présumant », par conséquent, que l'état anxiodépressif aurait eu un effet sur cette capacité de travail de façon importante à la suite du long arrêt de travail en 2013, l'experte ne se base pas sur les faits, mais sur sa propre perception de la situation et de son évolution au fil du temps pour se prononcer sur la question de la capacité de travail, ce qui n'est pas admissible (voir *supra* consid. 11.2 ; arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et 4.4).

11.4.4 Le SMR ne s'y est d'ailleurs pas trompé. Dans son avis du 17 septembre 2019 (OAI GE pce 121), il a en effet relevé que la Dre O. _____ « écrit que l'état anxiodépressif a eu un effet important sur la CT, mais ne précise pas le taux d'IT en rapport, ni les dates (période de 2013 à l'automne 2016 ?) » ; puis qu'elle « souligne que l'assurée a débuté une prise en charge psychiatrique en 2016 avec effet favorable, mais ne précise pas à partir de quand le trouble dépressif est devenu léger et [a été] retenu comme incapacitant au taux de 20% (CT de 80%) ». Le SMR a donc demandé des précisions à la Dre O. _____.

11.4.5 Le Tribunal ne peut cependant que constater que les précisions apportées par la Dre O. _____ dans sa correspondance du 1^{er} octobre 2019 (OAI GE pce 124) ne sont pas plus convaincantes que les conclusions de son expertise. La psychiatre y écrit en effet : « Sur le plan psychiatrique, aucune évaluation de la CT n'a été évoquée. Cependant, un épuisement psychique ayant été noté par le médecin conseil, on peut conclure à une capacité de travail de 0% sur le plan psychique en septembre 2013. Une prise en charge psychiatrique adéquate a débuté en 2016, nous concluons à une amélioration de la capacité de travail à ce moment, évaluée à 80% (probablement en quelques mois) ». A cet égard, le Tribunal relève que le fait qu'aucune évaluation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique n'ait été évoquée peut également signifier qu'il n'y avait pas de raisons médicales, en septembre 2013, de procéder à une telle évaluation ; d'ailleurs, l'intéressée n'aurait été suivie par un psychiatre qu'à partir de septembre 2016. En outre, le Tribunal rappelle que le « médecin conseil », soit le Dr D. _____, n'a pas noté d'épuisement psychique. Enfin, lorsqu'elle mentionne une prise en charge psychiatrique, l'experte fait certainement référence, sans toutefois le préciser, au suivi entrepris auprès du Dr I. _____, psychiatre à la Clinique J. _____, vraisemblablement dès septembre 2016, si l'on en croit le rapport du Dr G. _____ du 19 mai 2017 et une ordonnance établie par le Dr I. _____ lui-même du 5 septembre 2016 (OAI GE pce 78 p. 374 et 362). Or, si on comprend de cette conclusion que de l'avis de la Dre O. _____, la capacité de travail de la recourante s'est certainement améliorée en 2016, on ne peut déterminer compte tenu de la formulation utilisée par l'experte, si cette amélioration a eu lieu dès septembre 2016, début de la prise en charge, ou quelques mois après le début de cette prise en charge.

11.5 En conséquence, même après les précisions apportées par la Dre O. _____, le Tribunal ne saurait suivre les conclusions des experts du Centre M. _____.

12.

12.1 Il en va de même des conclusions exposées par le SMR dans son rapport final subséquent du 27 novembre 2019 (OAI GE pce 127). Le SMR s'écarte des conclusions des experts du Centre M._____, en retenant une incapacité de travail de 100% dès septembre 2016 et de 20% dès le 12 avril 2019, date de l'expertise (OAI GE pce 127). Il justifie sa conclusion en expliquant que « la survenue vraisemblable de l'épisode dépressif sera retenue à l'automne 2016 (cf. prescription médicale du 05.09.16 du Dr I._____, psychiatre) avec évolution favorable sous traitement [...] », car il « ne peut retenir, contrairement à l'expert psychiatre, une incapacité de travail totale de 2013 à 2019 » « compte tenu de l'ensemble des éléments au dossier avec notamment l'arrêt du Tribunal administratif fédéral qui retient que le compte-rendu du 22.09.16 de la Dre H._____ constitue l'indice de péjoration psychique avec un début de prise en charge psychiatrique avec traitement médicamenteux ».

12.2 Le Tribunal note à cet égard que dans son arrêt C-7117/2014 du 19 décembre 2016 (OAI GE pce 59 ; voir consid. 10.4.2 *in fine*), il n'a pas « retenu que » le compte-rendu de la Dre H._____ « constituait l'indice de péjoration » de l'état de santé de la recourante au niveau psychique, mais a bien plutôt indiqué que « si effectivement ce rapport E 213, comme le compte-rendu du 22 septembre 2016 de la Dresse H._____ faisant état d'une fibromyalgie, était l'indice d'une péjoration de l'état de santé de la recourante et/ou de sa capacité de travail, il s'agirait alors de faits nouveaux survenus après la décision litigieuse en l'espèce et qui devraient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative ». Ce faisant, le Tribunal n'a pas établi qu'il y avait un indice de péjoration, ni dans quelle mesure, mais a appliqué la jurisprudence relative à la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours, laquelle apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (voir *supra* consid. 4.2). Il appartenait donc à l'administration, dans l'éventualité où elle était saisie d'une nouvelle demande, ce qui a été le cas en l'espèce, d'instruire celle-ci et d'établir si véritablement il existait une péjoration, avant de rendre une nouvelle décision à cet égard.

12.3 Il apparaît ensuite que « l'ensemble des éléments au dossier » ne permet pas de conclure à une incapacité totale de travail de septembre 2016 à avril 2019, ni d'ailleurs de parvenir à tout autre conclusion

convaincante sur le plan psychiatrique, même au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, les documents au dossier, autres que le rapport d'expertise du Centre M. _____ déjà discuté, ne permettent pas non plus une évaluation concluante, ni des atteintes à la santé, ni de la capacité de travail de l'intéressée au niveau psychique. Bien que le SMR n'ait pas précisé dans son rapport final quelle était la documentation sur laquelle il se fondait pour rendre ses conclusions sur la capacité de travail, l'OAI GE dans sa prise de position du 2 décembre 2020, jointe à la réponse au recours du 4 décembre 2020 (TAF pce 8), a précisé qu'au vu de l'avis peu détaillé de l'experte psychiatre à cet égard, le SMR s'était basé sur le compte-rendu de la Dre H. _____ du 22 septembre 2016 (OAI GE pce 78 p. 355) et sur la prescription du Dr I. _____ du 5 septembre 2016 pour retenir la survenance de l'épisode dépressif à l'automne 2016.

12.3.1 Or, la Dre H. _____ ne se prononce en aucune façon sur une atteinte psychiatrique : rhumatologue, et non pas psychiatre, elle pose le diagnostic de fibromyalgie uniquement, lequel relève de sa spécialisation. Dans ce cadre, elle rapporte dans son anamnèse les plaintes de douleurs diffuses de sa patiente, qu'elle place dans un contexte d'asthénie généralisée et de trouble de l'humeur ; toutefois, son examen clinique reste uniquement somatique. Enfin, en concluant à la fibromyalgie, elle conseille, à côté d'un traitement à visée antalgique, une prise en charge spécialisée dans un centre de la douleur ou auprès d'un psychiatre. Elle ne s'exprime pas, au demeurant, sur la capacité de travail de l'intéressée. On ne saurait par conséquent inférer de ce rapport l'existence d'un trouble ou épisode dépressif ou une incapacité de travail totale pour ce motif.

12.3.2 Il en va de même des deux ordonnances des 5 septembre 2016 et 12 mai 2017 du Dr I. _____ (OAI GE pce 78 p. 361 et 362). Celui-ci est bel et bien psychiatre, et l'on apprend du rapport d'expertise du Dr G. _____ du 19 mai 2017 (OAI GE pce 78 p. 374) qu'il suit la recourante depuis son hospitalisation à la Clinique J. _____ en septembre 2016 (le suivi a toutefois cessé en raison du déménagement du psychiatre, selon le rapport d'expertise du Centre M. _____ [OAI GE pce 118 p. 560]). Ne se trouvent toutefois au dossier, de la part de ce médecin, que ces deux prescriptions, mentionnant notamment du Prozac et du Seresta, mais aucun rapport médical, contenant ne serait-ce qu'un diagnostic, ce dont on peut grandement s'étonner dans la mesure où il a traité la recourante. De même, aucun rapport n'a été requis ou versé au dossier concernant l'hospitalisation de l'intéressée.

12.3.3 Les seuls autres documents au dossier à être en lien avec l'aspect psychiatrique de l'état de santé de la recourante sont l'ordonnance établie le 16 mai 2017 par la Dre K._____, médecin de la douleur au Centre hospitalier L._____, et le rapport d'expertise du Dr G._____ du 19 mai 2017. L'ordonnance de la Dre K._____ mentionne certes du Cymbalta, qui est un anti-dépresseur, mais ne contient aucune autre indication relative à une atteinte psychique et à son intensité (OAI GE pce 78 p. 363). Quant au Dr G._____, qui est généraliste et non pas psychiatre, il se contente de signaler des troubles dépressifs ayant nécessité une hospitalisation courte à la Clinique J._____ ainsi qu'un suivi par le Dr I._____ en septembre 2016, et un traitement de Prozac et d'Imovane pour les troubles du sommeil, sans indiquer de diagnostic précis. N'étant pas psychiatre, son examen, exposé dans son rapport d'expertise, s'avère uniquement somatique. Enfin, sa conclusion reste vague et générale puisqu'il lui paraît « difficile d'envisager une reprise de travail en Suisse [par l'intéressée] du fait d'une diminution de ses capacités de mobilité et des pathologies présentées » (OAI GE pce 78 p. 374, 375, 379).

12.4 Dès lors, le SMR ne pouvait se fonder sur les éléments du dossier de la cause pour rendre un rapport final et des conclusions définitives. En effet, le rapport final du SMR du 27 novembre 2019 ne se base pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même, mais porte une appréciation sur des documents et conclusions médicales déjà existants (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). Le but d'un tel rapport est alors, notamment, 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, 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 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si, comme en l'espèce, 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 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

En l'occurrence, le SMR devait instruire plus avant, en particulier demander un rapport complet au Dr I._____.

Au demeurant, le rapport final du SMR n'a pas en lui-même de qualité suffisante pour se voir reconnaître valeur probante. Ainsi, on ne connaît pas la spécialisation du médecin l'ayant signé et, comme exposé ci-avant, ses conclusions, contestables, sont mal motivées. A cet égard, on peut relever que selon la jurisprudence, si les tribunaux des assurances veulent se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, dont est le SMR, alors l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

13.

13.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé de la recourante, les limitations fonctionnelles qu'elle subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause. Le service médical de l'OAIE ne pouvait se baser sur les pièces médicales au dossier pour se prononcer en l'espèce, ni l'autorité inférieure sur les appréciations de son service médical pour rendre la décision litigieuse.

13.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (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). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI.

13.3 L'instruction à venir consistera à interroger à tout le moins l'ancien psychiatre traitant, le Dr I. _____, afin qu'il se prononce sur les troubles dont souffrait la recourante lorsqu'il la traitait et qu'il évalue de façon motivée sa capacité de travail d'alors, sur un plan psychiatrique uniquement. Par ailleurs, compte tenu notamment du temps écoulé depuis l'expertise du Centre M. _____ du 12 avril 2019, cette instruction future concernera l'état de santé de l'intéressée dans son ensemble, soit également la problématique somatique. Une expertise médicale pluridisciplinaire sera ainsi mise en œuvre dans les disciplines de la psychiatrie et de la rhumatologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) –, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72^{bis} RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.).

Cela fait, l'OAIE devra ensuite procéder, le cas échéant, à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante.

13.4 Il sied encore de relever que s'il s'avérait que la recourante a droit à une rente d'invalidité, celle-ci ne pourra lui être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande de prestations (10 avril 2017 [OAI GE pce 69]), soit en l'espèce à partir du 1^{er} octobre 2017, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI.

14.

En conséquence, le recours doit être admis et la décision du 31 juillet 2020 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

15.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante (TAF pce 3) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Par ailleurs, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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

Le recours est admis en ce sens que la décision du 31 juillet 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral, dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

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

Expédition :