

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/279/2016

ATAS/218/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2017

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florine KÜNG

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Maria Esther SPEDALIERO et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1950 à Lisbonne, est arrivée en Suisse en 1981. Elle est mariée depuis 1990 et mère de jumeaux depuis le _____ 2001.
2. Du mois d'octobre 1981 au mois d'octobre 1998, l'assurée a travaillé en qualité de caissière polyvalente auprès du B_____ à Morges. Elle est incapable de travailler depuis le 12 octobre 1998. Son contrat de travail a été résilié avec effet au 30 juin 1999.
3. Le 19 janvier 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI) notamment en raison des atteintes suivantes : névralgie cervico-brachiale, arthrose, troubles statiques de la colonne cervicale et lombaire, rétrolisthésis C3, C4 et C5, radiculopathie C5 gauche avec paresthésie, triple discopathie cervicale, syncopes hypothyroïdiennes et dépression nerveuse avec tendance suicidaire.
4. Lors de l'instruction de la demande, l'OAI a recolté des avis médicaux auprès des médecins de l'assurée, lesquels ont notamment posé les diagnostics suivants : pseudarthrose sur os tibial externe gauche (rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique du 24 février 1999) ; probable syncope vaso-dépressive et radiculopathie L5 gauche très modérée (rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, du 7 octobre 1999) ; rétrolisthésis L5, radiculopathie avec paresthésie et lombo-sciatalgie bilatérale chronique, forte lombalgie, névralgie cervico-brachiale sur arthrose et rétrolisthésis C3-C4, triple discopathie cervicale et ligamentaire étagée, trouble statique de la colonne vertébrale, status post-opératoire du pied gauche avec des troubles trophiques et une cicatrice douloureuse, hyperesthésie, syndrome ovarien périodique avec douleur abdominale, sous contrôle, malaises passagers vasomoteurs, syncopes, absences, hypothalamies imprévisibles à répétition, avec angoisses, évanouissements, pâleur, sueurs, acouphène et vue trouble, arythmie sinusale paroxystique, névrose cardiaque, obésité, cholestérolémie, épistaxis à répétition, syndrome de fatigue chronique, troubles gastro-intestinaux, polyposé familiale, état de stress, dépression grave avec tendance suicidaire de cause affective, désespoir, manque de concentration, désorientation en temps et espace, extrême irascibilité, épicondylite du coude droit et arthralgies de l'épaule droite en crises (certificat du docteur E_____, FMH en médecine générale, établi aux alentours du 20 mars 2000) ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne F33.1 (rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 13 avril 2000).

En raison de ces atteintes, les médecins de l'assurée ont considéré que sa capacité de travail était nulle depuis le 12 octobre 1998, étant toutefois précisé que pour le Dr F_____, l'incapacité de travail pourrait être partielle sur le plan psychique, d'environ 50% (rapport du 13 avril 2000).

-
5. Le dossier de l'assurée a été soumis au docteur G_____, FMH en médecine générale et médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), lequel a considéré, dans un avis du 25 septembre 2000, qu'une expertise devait être réalisée au vu des discordances entre les médecins s'agissant notamment de la capacité de travail.
 6. Faisant suite à l'avis de son médecin-conseil, l'OAI a mandaté la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : PMU) pour expertise. Après avoir examiné l'assurée en date des 6, 7 et 10 novembre 2001 et fait procéder à des examens paracliniques le 6 novembre 2011, les médecins de la PMU ont établi un rapport en date du 31 janvier 2002, dans lequel ils ont notamment posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de douleurs diffuses au niveau de l'appareil locomoteur, difficultés liées à l'entourage immédiat (situation de mobbing), événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer, spondylarthrose C5-C6, discopathie L4-L5, possible périarthrite scapulo-humérale droite. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu une lésion méniscale interne (corne postérieure) des deux genoux, de grade I à gauche et de grade II à droite, des migraines, une hypercholestérolémie et une obésité (BMI 31 kg/m²).

Pour les experts, les atteintes précitées entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit au-dessus de 90° d'élévation, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension et de rotation de la colonne cervicale ainsi que de la colonne lombaire, pas de mouvements en porte-à-faux, pas de port de charges supérieures à 15 kg.

L'assurée était totalement incapable de travailler dans sa profession de caissière polyvalente d'octobre 1998 à avril 2000, époque à laquelle une amélioration de sa capacité de travail, de l'ordre de 50%, avait été signalée par le psychiatre traitant. Depuis juin 2000 (interruption de la thérapie antidépressive avec l'accord du psychiatre traitant), une amélioration de la capacité de travail s'était produite, pour atteindre environ 60%. Cette amélioration avait pu être sauvegardée par la grossesse gémellaire et ses influx positifs au niveau de la vie de couple. Les experts estimaient également qu'une activité telle qu'employée de bureau (que la patiente avait exercée entre l'âge de 18 et 31 ans au Portugal) pouvait théoriquement être exigible à un taux de 70% mais que cela impliquait des mesures de réinsertion professionnelle, la patiente n'ayant plus exercé cette activité depuis vingt ans.

7. Le 25 mars 2002, le Dr E_____ a informé l'OAI d'une aggravation dans l'état de santé de l'assurée, avec l'apparition des atteintes suivantes : fibromyalgie invalidante (11 points positifs sur les 18), syndrome douloureux somatoforme persistant, sous la forme de douleurs diffuses au niveau de l'appareil locomoteur, lésions méniscales internes (corne postérieure des deux genoux) occasionnant des gonalgies importantes et des inflammations articulaires. Par ailleurs, les IRM pratiquées le 1^{er} mars 2002 avaient mis en évidence les atteintes suivantes : prolapsus disco-ligamentaire médio-bilatéral C4-C5, C5-C6 et C6-C7 prédominant

à gauche pour C4-C5 et C5-C6 et à droite pour C6-C7, cervicarthrose, uncarthrose, raideur sur la partie moyenne et inférieure (IRM cervicale) et protrusion discoligamentaire étagée et arthrose interfaccettaire des corps vertébraux (IRM lombaire).

8. Dans un avis du 15 avril 2002, le Dr G_____ a considéré, après avoir brièvement résumé les diagnostics et les conclusions relatives à la capacité de travail de l'expertise du 31 janvier 2002, que c'était davantage le « vécu douloureux chronique », c'est-à-dire le trouble somatoforme douloureux, que les lésions dégénératives de la colonne vertébrale, qui expliquait la limitation à 60% de la capacité de travail dans le métier habituel. Par ailleurs, suite à la naissance de ses deux enfants, en avril 2001, il était peu probable que l'assurée fût intéressée par une reprise de travail, car il semblait évident qu'elle désirait s'occuper de ses enfants. En tous les cas, le métier d'employée de bureau, possible à 70%, n'avait plus été exercé depuis plus de vingt ans, et nécessitait une formation complémentaire, dont il fallait évaluer la pertinence.
9. L'OAI a soumis le cas de l'assurée à sa division de réadaptation professionnelle, laquelle a considéré, dans un rapport du 25 juin 2002, qu'il y avait lieu de refuser toute prestation à l'assurée. En effet, il était difficile de différencier la fatigue due aux limitations de celle consécutive aux soins donnés aux enfants. Par ailleurs, le 20 juin 2002, lors d'un entretien, l'assurée avait expliqué qu'en bonne santé, elle n'aurait pas travaillé durant les deux à trois ans suivant la naissance de ses enfants, recherchant un emploi à mi-temps par la suite. Dans de telles circonstances, son statut devenait celui d'une personne sans activité lucrative. S'agissant de ses activités ménagères, l'assurée avait dit avoir besoin d'aide pour le ménage mais assumer les soins donnés aux enfants. Dans la mesure où sa capacité à assumer les tâches ménagères était de 80% selon l'expertise du 31 janvier 2002 et étant donné que son statut était désormais celui d'une personne sans activité lucrative, le taux d'invalidité en découlant excluait le droit à une rente.
10. A la demande de l'OAI, l'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré en date du 29 juin 2002 et y a expliqué qu'en bonne santé, elle aurait exercé à 100% la profession de caissière dans la restauration en plus de la tenue de son ménage, ceci pour des raisons financières. Elle n'avait pas encore entrepris de démarches dans ce sens.
11. Le 20 août 2002, une enquête ménagère a eu lieu au domicile de l'assurée, en présence de celle-ci. Selon le rapport y relatif, daté du même jour, si l'assurée avait été en bonne santé, elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative, pour pouvoir s'occuper de ses jumeaux pendant deux à trois ans. Par la suite, elle aurait toutefois été contrainte de reprendre une activité à 100% pour pouvoir leur offrir une bonne éducation. Le mari de l'assurée était employé en tant que gérant d'un restaurant. Son salaire était modeste et insuffisant pour faire vivre sa famille. L'assurée puisait dans ses économies pour compléter le revenu de son mari.

En substance, depuis son atteinte, l'assurée ne pouvait plus faire les gros travaux d'entretien de l'appartement, une femme de ménage s'occupant notamment de faire la poussière, nettoyer les sols et les sanitaires. L'assurée avait besoin d'aide pour aller faire les courses. Elle ne pouvait plus repasser et faisait un minimum de raccommodage. Son mari baignait leurs enfants, trop lourds pour que l'assurée puisse les porter. A la fin de la journée, elle se sentait épuisée. En raison de son invalidité, l'assurée était aidée par son mari, la marraine de ses enfants, des amies ainsi que par une femme de ménage à raison de deux heures par semaine.

Compte tenu des limitations précitées, l'enquêtrice en charge de l'enquête a retenu un degré d'invalidité de 42.8% dans les activités ménagères.

En conclusion de ce rapport, l'enquêtrice relevait qu'une femme de plus de 50 ans, maman de jumeaux de 15 mois, avait de bonnes raisons d'être fatiguée en fin de journée. Dans de telles circonstances, elle avait eu beaucoup de difficulté à distinguer cet état de fait des répercussions réelles de l'atteinte à la santé de l'assurée sur ses activités quotidiennes.

12. Le 19 novembre 2002, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente, à teneur duquel l'atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail totale dès le 12 octobre 1998. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 12 octobre 1999, la perte de gain était totale de sorte qu'il existait un droit à une rente entière. Par la suite, en raison de l'amélioration de son état, la reprise de son activité professionnelle était raisonnablement exigible à 50% d'avril à juin 2000, puis à 60% dès juillet 2000. Ainsi, dès juillet 2000, l'assurée avait droit à un quart de rente. Par ailleurs, l'assurée avait indiqué qu'elle n'envisageait plus de reprendre une activité professionnelle à partir d'avril 2001, car elle désirait s'occuper de ses enfants. Or, selon l'enquête effectuée à domicile, les empêchements liés aux activités du ménage étaient estimés à 42.8 %.

En conclusion, l'assurée avait droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 1999 au 30 juin 2000, puis à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2000.

13. Le 5 décembre 2002, l'assurée, représentée par un conseil, s'est opposée au projet d'acceptation de rente, contestant une amélioration de son état de santé, considérant notamment que les troubles somatiques, bien présents, influençaient encore négativement son état psychique, de sorte qu'elle était toujours inapte à reprendre une quelconque activité professionnelle.

En annexe figuraient :

- un rapport du Dr E_____ du 29 novembre 2002, dans lequel ce médecin s'est opposé au rapport d'expertise de la PMU, expliquant qu'il connaissait très bien l'assurée, l'ayant surveillée rigoureusement. Il considérait sa patiente inapte à travailler à temps complet, dans la mesure où ses symptômes avaient une évolution aggravante et très difficile à maîtriser médicalement, les maladies s'interpénétrant et s'influençant en évolutions et souffrances ;

-
- un courrier du docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, daté du 28 mars 2002, dans lequel ce médecin indiquait avoir retenu le diagnostic de fibromyalgie.
14. Les pièces médicales jointes à l'opposition de l'assurée ont été soumises au SMR (Dr G_____), qui a considéré, le 12 décembre 2002, que le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr H_____ était l'équivalent de celui de trouble somatoforme douloureux, ce qui confirmait le diagnostic principal des médecins de la PMU. Quant au Dr E_____, il ne faisait que lister les diverses atteintes de l'assurée, étant précisé que son appréciation de la situation n'avait pas été confirmée par les médecins de la PMU.
 15. Le 16 mai 2003, la caisse de compensation Hotela (ci-après : Hotela), compétente dans le cas de l'assurée, a demandé à la caisse suisse de compensation les périodes de cotisations accomplies au Portugal.
 16. Le 24 novembre 2003, l'OAI a communiqué à l'assurée trois décisions de rentes, pour elle, son conjoint et leurs enfants, valables dès le 1^{er} décembre 2003, leur octroyant une rente calculée notamment sur la base de dix-sept ans et trois mois de cotisations et d'un taux d'invalidité de 43%.
 17. Le 10 décembre 2003, l'OAI a adressé à l'assurée douze décisions rétroactives de rente, pour elle-même, son conjoint et leurs enfants, leur octroyant des rentes calculées notamment sur la base de dix-sept ans et trois mois de cotisations et d'un degré d'invalidité de 100% pour la période du 1^{er} octobre 1999 au 30 juin 2000 et de 43% pour la période du 1^{er} juillet 2000 au 30 novembre 2003.
 18. Par courriers des 23 décembre 2003 et 9 janvier 2004, l'assurée a formé opposition aux décisions des 24 novembre 2003, respectivement 10 décembre 2003, relevant qu'elle exerçait une activité lucrative, lorsqu'en 1998, elle était tombée en incapacité totale de travailler. Certes, elle aurait arrêté son travail après la naissance de ses enfants, mais cela pendant deux ans seulement et non définitivement. L'OAI aurait donc dû prendre en considération deux périodes distinctes : une sans activité lucrative et l'autre avec une activité lucrative. Par ailleurs, l'OAI n'avait pris en compte que les dix-sept années et trois mois de cotisations en Suisse, en omettant les cotisations versées au Portugal pendant neuf ans et quatre mois. Elle concluait donc à l'allocation d'une rente d'invalidité complète d'une durée indéterminée depuis le 1^{er} octobre 1999, dont le montant devait être calculé sur la base de vingt-six ans et sept mois de cotisations.
 19. Par courrier du 19 janvier 2004, Hotela a indiqué rester dans l'attente des informations demandées le 16 mai 2003. Dès réception de l'attestation de la sécurité sociale portugaise, un nouveau calcul serait effectué.
 20. Dans la mesure où le début du droit à la rente de l'assurée était antérieur au 1^{er} juin 2002, la caisse suisse de compensation a invité le centre national des pensions sis à Lisbonne (Centro Nacional de Pensões), par courrier du 5 février 2004, à ne pas verser de rente mais à lui indiquer le montant mensuel potentiel, dans la mesure où
-

un calcul comparatif indiquant laquelle des deux rentes était la plus favorable à l'assurée devait ensuite être effectué (rente suisse calculée en prenant en considération les périodes de cotisation à l'étranger, ou rente suisse et rente étrangère séparées).

21. Le 26 juillet 2004, l'OAI a admis les oppositions formées les 23 décembre 2003 et 9 janvier 2004, annulant les décisions des 24 novembre 2003, respectivement 10 décembre 2003, et renvoyant la cause pour instruction complémentaire sur les plans médical et professionnel. S'agissant de la procédure d'entraide administrative internationale, elle avait débuté le 5 février 2004, afin de permettre de comptabiliser les périodes de cotisations acquittées au Portugal. Il était enfin précisé que l'assurée continuerait à percevoir un quart de rente durant la phase d'instruction complémentaire.
22. Le 24 janvier 2005, l'assurée a considéré que, compte tenu de son expérience comme secrétaire au Portugal et de sa connaissance de trois langues (portugais, français et anglais) et du fait qu'elle connaissait la dactylographie, elle aurait idéalement souhaité travailler en qualité de secrétaire en Suisse. En bonne santé, elle aurait également été prête à reprendre une activité telle que celle qu'elle exerçait auparavant, dans la restauration d'entreprise. En parfaite santé, elle aurait travaillé à 80% et se serait occupée de ses enfants pour le surplus. Enfin, elle aurait probablement recommencé à travailler aux deux ans de ses enfants.
23. Par courrier du 4 février 2005, Hotela a transmis à l'assurée le calcul comparatif, auquel elle avait procédé, lequel avait permis de constater que les prestations de l'assurance-invalidité, sans les périodes étrangères, additionnées d'une rente versée par l'assurance sociale portugaise, étaient plus favorables.
24. Le 20 mai 2005, l'assurée a informé la caisse suisse de compensation que le centre national de pensions portugais lui avait notifié une décision datée du 21 avril 2005, dont il ressort qu'elle n'était pas considérée comme invalide au sens du droit portugais, de sorte qu'elle n'avait droit à aucune rente versée par le Portugal. Elle n'avait pas les moyens d'engager un avocat portugais. Dans ces circonstances, elle invitait l'OAI, voire la caisse suisse de compensation, à contester pour son compte, la décision du 21 avril 2005 ou à lui verser une rente suisse, calculée sur la base des périodes de cotisations en Suisse et au Portugal.
25. Par courrier du 27 mai 2005, la caisse suisse de compensation a informé Hotela du refus de la sécurité sociale portugaise de verser des prestations à l'assurée. Dans ces circonstances, Hotela était priée de calculer la rente avec les périodes portugaises.
26. Suite à l'annulation de ses décisions des 24 novembre et 10 décembre 2003, l'OAI a repris l'instruction de la demande et recueilli de nombreux rapports des médecins traitants de l'assurée, dans lesquels les diagnostics suivants ont notamment été posés : cervicarthrose et uncarthrose existant depuis 2002 (rapport du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale du 23 septembre 2004) ; fibromyalgie, gonalgies bilatérales sur surcharge des deux compartiments internes

associée à une chondropathie fémoro-patellaire existante depuis 1999 (rapports du Dr H_____ du 2 septembre 2005) ; troubles dégénératifs et statiques (protrusion discale L4-L5 et L5-S1 ; cervico-brachialgies droites, sur prolapsus discoligamentaire C4-C5, C5-C6 et C6-C7), discopathies modérées en C4-C5 et C5-C6, visibles sous forme de discrets pincements des espaces inter-somatiques et d'une ostéophytose marginale débutante des plateaux vertébraux adjacents, uncarthrose modérée étagée avec discret rétrécissement du trou de conjugaison en C4-C5 à droite (rapport de la radiographie cervicale de face, profil et oblique du 10 novembre 2005) ; déchirure transfixiante non rétractée du sus-épineux avec un acromion de type 3, nécessitant une prise en charge chirurgicale (rapport de l'arthrographie/arthro-IRM de l'épaule droite du 10 novembre 2005 et courrier du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 7 décembre 2005).

Selon les médecins précités, l'incapacité de travail de l'assurée oscillait entre 50% dans une activité adaptée (rapport du Dr I_____ du 23 septembre 2004) et 100% (rapport du Dr H_____ du 2 septembre 2005).

27. Les rapports des médecins précités ont été soumis au SMR (Dr G_____) qui a considéré, dans un avis du 27 septembre 2005, qu'au vu du diagnostic de fibromyalgie retenu par le Dr H_____ et de son équivalence avec le syndrome somatoforme douloureux diagnostiqué par la PMU, l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué, de sorte que l'évaluation de la PMU restait valable. Toutefois, au vu des critères de sévérité récemment développés par le Tribunal fédéral des assurances, le médecin précité se demandait si le trouble somatoforme douloureux avait encore valeur de maladie pour l'assurance-invalidité. Quant à l'atteinte à l'épaule droite, elle pouvait limiter certaines activités.
28. L'assurée a été convoquée le 23 mai 2006 par le service de réadaptation de l'OAI. Il ressort des notes prises durant l'entretien, qu'elle maintenait sa position, à savoir qu'elle aimerait retravailler mais que son état de santé ne le lui permettait pas. Elle allait prochainement être opérée à l'épaule. Elle retravaillerait à 80% si son état de santé le permettait.
29. Le 8 juin 2006 le service de réadaptation a établi un rapport, selon lequel il n'était pas légitime d'entreprendre des mesures d'orientation professionnelle afin de mettre en valeur l'exigibilité de 70% dans une activité d'employée de bureau, ce d'autant moins que l'assurée pouvait exercer la fonction de caissière à 60%. Dès lors qu'une perte de gain de 25% ressortait de la comparaison des revenus de l'activité habituelle, le service précité proposait le refus du droit à la rente.
30. Le 21 juillet 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dont il ressort que compte tenu des documents médicaux produits, son état de santé était inchangé par rapport à l'évaluation de la PMU effectuée en janvier 2002.

S'agissant de son statut, l'assurée avait confirmé à l'office que, sans atteinte à la santé, elle aurait cessé toute activité professionnelle de la naissance de ses enfants jusqu'en mars 2003, puis qu'elle aurait repris une activité à temps partiel, à 80%.

En conséquence, sur la base de l'expertise de la PMU, l'atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail totale dès le 12 octobre 1998. A l'expiration du délai d'un an, le 12 octobre 1999, la capacité de travail était toujours nulle, ce qui ouvrait le droit à une rente entière. Par la suite, l'état de santé s'était amélioré avec une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle. Le degré d'invalidité de 40%, résultant de la comparaison des revenus, ouvrait ainsi le droit à un quart de rente à partir de juillet 2000.

Pour la période d'avril 2001 à mars 2003, période pendant laquelle l'assurée aurait vraisemblablement cessé toute activité professionnelle pour s'occuper de ses enfants, les empêchements liés à ses activités habituelles de ménagère, s'élevaient selon l'enquête à 43%, ce qui lui donnait toujours le droit à un quart de rente d'invalidité.

S'agissant de la période dès avril 2003, l'invalidité était évaluée en tenant compte de la reprise vraisemblable d'une activité professionnelle à 80%, le reste du temps étant dévolu aux activités ménagères. La comparaison des revenus en tant que caissière à 80% déterminait une perte de gain de 25%. En tenant compte de la part respective de chaque activité, des empêchements résultant de l'atteinte à la santé dans les deux domaines d'activité (25% et 43%), le degré d'invalidité total était de 29%, ce qui était inférieur au seuil donnant droit à une rente d'invalidité.

La rente devait donc être supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision.

31. Le 15 septembre 2006, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 21 juillet 2006, contestant la diminution de son degré d'invalidité de 100% à 40% dès le 1^{er} juillet 2000 au vu du dossier médical. Par ailleurs, même si l'on devait admettre les degrés d'invalidité retenus par l'OAI, le calcul du taux d'invalidité dès le mois d'avril 2003 était erroné, le degré d'invalidité de 29% résultant d'une faute arithmétique.

En annexe à son opposition figurait notamment, outre les rapports des Drs I_____, H_____ et E_____ d'ores et déjà produits, un courrier du de la polyclinique des services de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), faisant état d'une surcharge des deux compartiments internes des deux genoux, sur un morphotype en varus, associée à une chondropathie fémoro-patellaire.

32. Le SMR (Dr G_____), s'est prononcé par avis du 9 octobre 2006 et a notamment considéré que l'atteinte du genou était modeste et qu'elle ne représentait pas un handicap pour le travail assis mais qu'elle constituait une probable limitation en cas de travail debout prolongé, le maximum étant vraisemblablement une demi-journée. Le médecin s'interrogeait également sur les suites données à l'atteinte à l'épaule.
33. Le 13 mars 2007, le Dr G_____ a complété son précédent avis, et a considéré qu'il y avait eu une aggravation en automne 2005, avec l'apparition d'une atteinte à l'épaule, avec une incapacité de travail totale, laquelle allait encore durer trois à quatre mois après l'opération.

34. L'atteinte à l'épaule droite, sous la forme d'une rupture du tendon sus-épineux sur conflit sous-acromial, avec bec acromial, stade III, selon Neer, dont les symptômes avaient débuté en 2005, a été opérée le 14 mars 2007 par le docteur K_____, médecin auprès du service orthopédique des HUG, qui a considéré que suite à cette intervention, la capacité de travail était nulle en ce qui concernait l'épaule droite (rapports des 26 février et 2 août 2007).
35. Le 18 décembre 2007, l'OAI a adressé à l'assurée une décision de rentes, valable dès le 1^{er} janvier 2008, la concernant elle et ses deux enfants. Il en ressortait que la rente de son conjoint était supprimée avec effet au 31 décembre 2007 et que celles des enfants étaient réduites pour cause de surassurance. Ces rentes étaient notamment basées sur une durée totale de cotisations de dix-sept ans et trois mois et un degré d'invalidité de 43%.
36. Par courrier du 24 janvier 2008, l'assurée a fait opposition à la décision du 18 décembre 2007, contestant notamment le nombre d'années de cotisation prises en considération et relevant que cette décision était en porte-à-faux avec la procédure en cours.
37. Le 28 janvier 2008, l'OAI a expliqué que la décision du 18 décembre 2007 entrait dans le cadre des modifications légales liées à la cinquième révision de l'assurance-invalidité, qui entraînaient, dans le cas de l'assurée, la suppression de la rente de conjoint et la réduction des rentes d'enfants. Copie de son courrier était adressée à la caisse de compensation Hotela, compétente pour toute question relative au calcul de la rente.
38. L'assurée a produit de nouveaux rapports médicaux, dans lesquels les diagnostics d'ores et déjà posés étaient résumés : fibromyalgie (rapports des Drs K_____ du 2 août 2007 et H_____ du 28 avril 2008, et de la doctoresse L_____, cheffe de clinique au service de rhumatologie des HUG du 28 octobre 2008) ; arthrose cervicale (rapport du Dr K_____ du 2 août 2007) ; chondropathie fémoro-patellaire bilatérale et épaule droite (rapport du Dr H_____ du 28 avril 2008).

Le seul à s'être prononcé sur la capacité de travail était le Dr H_____, qui avait considéré qu'elle était nulle, aucune activité adaptée n'étant par ailleurs possible (rapport du 28 avril 2008).
39. Le diagnostic de périarthrite de la hanche gauche associée éventuellement à une lombosciatalgie commune, sans signes d'irritation radiculaire a été nouvellement posé par la Dresse L_____ dans son rapport du 15 octobre 2008.
40. Les pièces médicales précitées ont été soumises au SMR, qui a considéré, dans un avis du 5 décembre 2008, que la situation n'était toujours pas stabilisée.
41. Le 7 juillet 2009, le SMR (M_____, médecin praticien), a considéré qu'au vu des derniers rapports, la situation était celle d'une assurée présentant une fibromyalgie avec une aggravation au niveau de l'épaule droite, avec une rupture du tendon du sus-épineux. Suite à une acromioplastie et bursectomie en mars 2007, l'état de santé

s'était amélioré. En raison de la situation très complexe tant sur le plan juridique qu'asséculogique, la Dresse M_____ proposait de demander une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au Bureau romand d'expertises médicales (BREM), les examinateurs devant notamment se prononcer sur l'évolution de l'état de santé depuis l'expertise du COMAI du 31 janvier 2002.

42. Le rapport d'expertise du Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne rhumatologie et du Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, experts auprès du BREM, a été adressé au SMR le 29 octobre 2009. Les experts ont posé les diagnostics suivants : omalgies droites sur un épaississement de la capsule articulaire, status post-sutures de la coiffe des rotateurs (2007) et fracture du cinquième métatarsien gauche (2009) (avec répercussion sur la capacité de travail) ; trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, présent depuis l'âge de 24 ans ; cervicalgies et lombalgies chroniques sur des discopathies de peu de gravité (depuis 1994) et l'hypothyroïdie substituée (sans répercussion sur la capacité de travail).

Les experts ne retrouvaient pas de trouble somatoforme douloureux, car les plaintes concernaient principalement la nuque et l'épaule droite. Le diagnostic de fibromyalgie pouvait également être écarté, dès lors qu'ils n'avaient mis en évidence que 6 points spécifiques sur 18, alors qu'il en fallait 11 à 12 pour pouvoir poser ce diagnostic. Sur le plan psychique, l'expertisée ne présentait pas de symptomatologie dépressive susceptible d'être intégrée dans une entité nosologique d'un trouble de l'humeur (dépression), même de degré léger. La tristesse actuelle était en lien avec la nouvelle d'une atteinte à la santé de sa sœur cadette. Au cours de l'examen, l'expert psychiatre n'avait pas objectivé de troubles de la concentration, l'assurée ayant notamment compris et répondu aux questions qui lui étaient posées sans hésitation ni temps de latence anormalement accru.

Les suites opératoires de la déchirure de la coiffe des rotateurs droits, diagnostiquée en 2005 et opérée en 2007, n'étaient pas bonnes, avec la persistance de douleurs lors des mouvements et une limitation des amplitudes articulaires.

La capacité de travail comme employée de cafétéria était de 0% depuis 2005 dès lors que l'assurée ne pouvait pas soulever plus de 5 kg, ni faire de mouvements en élévation et en abduction du membre supérieur droit ou encore de mouvements répétitifs avec ce même membre, comme faire la vaisselle ou le nettoyage. Par contre, dans un travail comme secrétaire (sa première formation), la capacité de travail était entière dès le troisième mois (juillet 2007) après l'intervention chirurgicale de 2007.

43. Dans son avis du 28 juin 2010 en relation avec les conclusions des experts du BREM, le SMR (Dresse M_____) a considéré que l'assurée avait présenté une aggravation de son état de santé depuis l'automne 2005 et que ce n'était que depuis juillet 2007 qu'elle présentait à nouveau une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles citées par les experts.

44. Une nouvelle enquête ménagère s'est déroulée le 12 novembre 2010. Selon le rapport y relatif du même jour, l'état de l'assurée n'avait pas évolué favorablement depuis la dernière enquête, l'intéressée ayant dû se faire opérer de l'épaule en raison de fortes douleurs exacerbées par son travail avec ses enfants. Ces derniers étaient désormais âgés de 9 ans et étaient scolarisés en 4^{ème} primaire. L'assurée, qui avait eu ses enfants tard, était âgée de 60 ans. Elle avait plus de peine à gérer le quotidien et était beaucoup plus fatiguée qu'une maman de 30 ans. En résumé, elle souffrait régulièrement de douleurs à la nuque, au dos et à l'épaule. Certains jours, elle ne pouvait rien faire à la maison et devait se reposer. Si elle avait été en parfaite santé, elle aurait travaillé à 80%.
45. Suite à l'enquête précitée, le SMR(Dresse M_____) a émis un nouvel avis en date du 22 mars 2011. Le fait que l'assurée avait eu des enfants relativement tard et qu'elle était donc beaucoup plus fatiguée qu'une maman de 30 ans et avait plus de peine à gérer le quotidien ne constituaient pas des aspects médicaux. Les empêchements ménagers de 43.85% ne paraissaient toutefois pas incompatibles avec la situation, même s'ils étaient un peu surcotés en raison de la fatigue de l'assurée. Cela étant, il convenait de faire revoir l'enquête ménagère à l'enquêtrice afin qu'elle se détermine sur la part subjective de la fatigue liée aux empêchements ménagers, étant précisé que cela ne devait pas être très important dans les empêchements. Pour le reste, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité lourde et dans tous les travaux ménagers.
46. Le 11 mai 2011, l'OAI a rendu une décision dont la teneur était identique au projet de décision du 21 juillet 2006 (voir ch. 30 supra), à savoir qu'une rente entière était reconnue du 1^{er} octobre 1999 au 30 juin 2000, remplacée du 1^{er} juillet 2000 au 31 mars 2003 par un quart de rente. En raison de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, en septembre 2005, ce qui avait eu pour conséquence un degré d'invalidité de 89%, le droit à une rente [entière] lui était reconnu du 1^{er} décembre 2005 au 30 juin 2007. Dès juillet 2007, le degré d'invalidité de 27%, était insuffisant pour maintenir la rente, de sorte que celle-ci serait supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.
47. Par mémoire du 14 juin 2011 l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 11 mai 2011 (cause A/1861/2011), concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} octobre 1999 pour une durée indéterminée, à l'exception de la période du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2003, pour laquelle un quart de rente était réclamé.
48. Suite à la décision d'annulation de l'OAI du 12 juillet 2011, une instruction complémentaire devant être organisée sous la forme d'un stage d'observation professionnelle, la chambre de céans a, par arrêt du 6 septembre 2011, constaté que le recours était devenu sans objet (ATAS/828/2011).

49. Le 20 décembre 2011, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle du 9 janvier au 8 avril 2012 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI).
50. Selon une note de travail du 27 février 2012, établie suite au bilan intermédiaire aux EPI le 23 février 2012, une sciatique et des problèmes au bras droit chez une assurée qui était droitière avaient été constatés. Elle avait des capacités dans le tertiaire, pour lequel elle montrait d'ailleurs un certain intérêt, et avait pour l'instant un rendement de 60%. Elle était à la recherche d'un stage en entreprise en qualité de réceptionniste-téléphoniste, aide de bureau.
51. Par décision du 1^{er} mars 2012, l'OAI a ordonné la reprise du versement des prestations suite à l'arrêt du 6 septembre 2011 de la chambre de céans. Dès le 1^{er} juillet 2011, l'assurée avait droit à une rente d'invalidité et chacun de ses enfants à une rente complémentaire enfant, calculés en prenant en considération dix-sept ans et trois mois de cotisations et un degré d'invalidité de 43%.
52. Selon le rapport de l'IRM cervicale du 22 février 2012, l'assurée présentait des discopathies multiétagées avec des lésions uncarthrosiques à prédominance droite, responsables de sténoses foraminales associées en C3-C4, C4-C5 et C5-C6, une discopathie avec herniation intraspongieuse responsable d'anomalies de signal des plateaux vertébraux adjacents au niveau C4-C5 avec une atteinte de type Modic 1.
53. Suite à la décision d'annulation précitée, l'OAI a notamment recueilli plusieurs rapports auprès du Dr I_____, lequel a considéré, en date des 2 mars et 2 avril 2012, que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé, sans changement dans les diagnostics, avec une péjoration progressive des douleurs cervicales irradiant dans les membres supérieurs, avec des phases d'exacerbation algiques plus fréquentes depuis 2008. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : tout effort et activité répétitive mobilisant les bras et la nuque. La capacité de travail était de 50%, sans charge physique, mais l'assurée n'exerçait aucune activité actuellement.
54. Les EPI ont adressé leur rapport final à l'OAI le 19 avril 2012. L'observation dans les ateliers avait montré que l'assurée pouvait travailler en position assise ou debout (alternance) mais moyennant une pause de cinq minutes chaque trente à quarante-cinq minutes, ceci afin de soulager le membre supérieur droit. En raison des limitations constatées, le secteur secondaire était incompatible avec l'état de santé actuel de l'assurée. Quant au stage en qualité d'aide de bureau à la réception, il avait permis de démontrer, d'une part, les qualités relationnelles et le bon investissement de l'assurée et, d'autre part, ses difficultés à tenir les positions de travail imposées par l'activité (accueil, réception, saisie, classement), l'assurée n'étant pas toujours en mesure d'effectuer des alternances régulières. Le tonus, faible, diminuait en cours de journée. A cela s'ajoutait le fait qu'elle présentait des lacunes en informatique et en langues, ce qui était difficilement compatible avec une activité dans ce domaine. Les tâches les plus simples, telles que le classement et la saisie, étaient difficiles à réaliser en raison des problèmes de santé. Dans ces

circonstances, les capacités de l'assurée étaient incompatibles avec une réinsertion dans le marché du travail traditionnel.

55. Le dossier a, à nouveau, été soumis au SMR (Dresse P_____), qui a considéré, dans son avis du 22 novembre 2012, qu'il convenait de demander une expertise rhumatologique complémentaire au Dr N_____ afin de déterminer si l'assurée présentait une aggravation de l'état de santé trois ans après l'évaluation de 2009.
56. Après avoir résumé les pièces du dossier et recueilli un rapport complémentaire auprès du Dr H_____, daté du 17 avril 2013, le Dr N_____ a retenu, dans son rapport du 8 juillet 2013, les diagnostics suivants, ayant une répercussion sur la capacité de travail : cervicalgies chroniques sur sténoses foraminales étagées de C3 à C6 (M50.0), présentes depuis 1994 et aggravées en 2012. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin précité a mentionné une hyperthyroïdie substituée et un status post-suture de la coiffe des rotateurs en 2007.

Dans son appréciation, l'expert a relevé que l'IRM cervicale de 2012 montrait des discopathies étagées et une atteinte de type MODIC I au niveau de C4-C5, ce qui correspondait à la présence d'un état inflammatoire au niveau desdites vertèbres. Cette inflammation entraînait de vives douleurs, répondant toutefois à de fortes doses d'AINS ou de cortisone. Dans ces circonstances, le Dr N_____ pouvait admettre une aggravation de l'état de santé durant l'année 2012. Les pièces médicales au dossier étaient peu nombreuses et ne permettaient pas de se rendre compte de l'état de santé exact de l'assurée. Le 17 avril 2013, le Dr H_____ attestait uniquement du problème à l'épaule droite et ne mentionnait pas les cervicalgies et les lombalgies. Lors de l'expertise, l'assurée ne se plaignait pas de l'épaule mais des cervicalgies. L'examen clinique était dans la norme et ne montrait ni limitation des amplitudes articulaires ni la présence de contractures. L'examen de la colonne lombaire était dans la norme et l'examen neurologique permettait d'écarter une atteinte radiculaire. Quant à l'IRM du rachis cervical, effectuée à sa demande le 23 avril 2013, elle mettait en évidence la disparition de l'atteinte MODIC. Par conséquent, au jour du complément d'expertise, l'état du rachis cervical était identique à celui de 2009.

Dans ces circonstances, le Dr N_____ estimait que la capacité de travail de l'assurée était identique à celle de 2009, à savoir nulle dans l'activité habituelle d'employée de cafétéria et totale dans une activité de secrétaire, sauf entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2012, période durant laquelle la capacité de travail dans l'activité de secrétaire était de 50%. Ce laps de temps correspondait à l'évolution naturelle d'un stade MODIC I.

Considérant que l'assurée était totalement guérie de ses problèmes à l'épaule droite, le Dr N_____ a modifié les limitations fonctionnelles, lesquelles étaient désormais les suivantes : ne pas porter de charges supérieures à 5 kg et éviter les mouvements répétés avec le rachis cervical, principalement de rotation à gauche ou à droite.

Aucune investigation complémentaire n'était requise au niveau somatique. En revanche, le Dr N_____ estimait nécessaire de solliciter l'avis d'un expert psychiatre, dans la mesure où l'assurée avait pleuré à de nombreuses reprises durant l'expertise, décrivant, sans exagération, des traits dépressifs (pas de projet, pas d'envie de rencontrer des gens, envie de rester tranquille chez elle).

En annexe figurait le rapport de l'IRM du rachis cervical du 23 avril 2013, mentionnant les sténoses foraminales droites étagées en C3/C4, C4/C5 et C5/C6, sans changement par rapport à l'IRM du 21 février 2012. Une protrusion discale médiane C3/C4 et paramédiane gauche C4/C5 était également retrouvée, sans changement. L'IRM avait enfin mis en évidence une nette amélioration des anomalies signal des plateaux précédemment décrites en C4/C5.

57. Par avis du 18 juillet 2013, le SMR a suivi les recommandations du Dr N_____ sur le plan psychiatrique, rappelant toutefois que l'expertise bidisciplinaire de 2009 avait conclu à un trouble dépressif récurrent, en rémission. Aucun suivi n'étant en cours, il convenait de mettre en place une expertise psychiatrique, à confier au docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
58. Suite au décès de l'expert pressenti, un nouvel expert, le docteur R_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été désigné. Selon son rapport du 6 mai 2014, le discours que l'assurée avait tenu en mars 2014 évoquait une personne avec souffrance de type fibromyalgie et/ou syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce diagnostic était apparu déjà antérieurement, mais n'avait pas été retenu par l'expertise pluridisciplinaire de 2009. Ceci pouvait se comprendre parce que les spécialistes avaient retenu une atteinte somatique bien identifiable et qui justement avait conduit au constat que l'activité d'employée polyvalente antérieure n'était plus possible. Le hiatus consistait dans le fait que l'assurée n'avait pas accepté les conclusions supplémentaires des experts, à savoir qu'une activité adaptée était exigible. Selon l'expert, la recrudescence de la symptomatologie douloureuse subjective était liée à ce fait. En ce qui concernait la partie psychique proprement dite, il était clair que dans le passé l'assurée avait eu un moment de thymie abaissée (lié notamment au décès de sa mère, des déceptions amoureuses, etc.) et les examinateurs antérieurs avaient toujours inclus ces souffrances sous forme de dépression en évoquant ensuite le trouble dépressif récurrent à partir de 1998. A partir de 2000, il n'y avait plus eu d'impact significatif et ceci s'était confirmé lors de l'examen actuel.

S'agissant du trouble somatoforme douloureux, si l'on voulait retenir ce diagnostic, il (ne) serait probablement que descriptif. Les critères jurisprudentiels – de l'époque - requis pour admettre un tel trouble ne permettaient en effet pas de conclure à un aspect invalidant.

Le Dr R_____ retenait ainsi uniquement un trouble somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique (F45.4), à l'exclusion des notions d'une dépression en rémission et de dysthymie. La réactivation du diagnostic de trouble

somatoforme douloureux était en grande partie liée à des facteurs non médicaux, à savoir des difficultés d'acceptation des conclusions des experts, la révolte de l'expertisée, en comparaison avec d'autres situations, raisons financières et autres. De ce fait, sur le plan purement psychiatrique il n'existait aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. L'expert n'avait trouvé aucun élément l'invitant à s'éloigner des conclusions du précédent expert psychiatre (expertise BREM). Les activités exigibles sur le plan physique (en respectant les limitations fonctionnelles), l'étaient également sur le plan psychique. Il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail significative depuis 2009, moment de l'expertise BREM.

59. Le 5 juin 2014, au vu des conclusions de l'expertise psychiatrique du 6 mai 2014, le SMR (Dresse P_____) a émis un nouvel avis, au terme d'un long rapport de synthèse de l'ensemble du dossier. Concernant la période initiale allant de 1998 à 2002, il fallait privilégier les conclusions du BREM de 2009 par rapport à celle de la PMU de 2002 dans la mesure où la PMU retenait une diminution de la capacité de travail en lien avec un trouble somatoforme douloureux dans un contexte de mobbing et de difficultés familiales. Aucun diagnostic de la lignée dépressive n'était posé alors que l'expertise du BREM avait démontré par la suite que le dossier comportait suffisamment d'éléments pour retenir la présence d'un trouble dépressif incapacitant d'octobre 1998 à fin juillet 2000. Dans ce contexte, l'expertise de la PMU apparaissait lacunaire et il convenait de s'en écarter. Par contre, l'expertise du BREM avait écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux au prétexte que des atteintes somatiques permettaient d'expliquer les plaintes. Or, l'évolution montrait aujourd'hui que ce diagnostic devait à nouveau être posé. Aucune des expertises n'expliquait à satisfaction pourquoi ce trouble somatoforme disparaissait en 2009 et pourquoi il réapparaissait en 2013 alors que les atteintes somatiques ne permettaient pas d'expliquer l'intégralité des plaintes et surtout la sévérité du handicap allégué. Selon le SMR, l'évolution des cinq dernières années démontrait que le trouble somatoforme douloureux était bien au centre de la problématique depuis 1998 - ou en tout cas depuis 2000 - et qu'en dehors des périodes d'incapacité de travail limitée dans le temps, il n'y avait pas d'atteinte permettant de justifier que la capacité de travail soit restée nulle dans toute activité.

L'appréciation des répercussions sur la capacité de travail d'un trouble somatoforme avait bien évolué et il convenait dès lors d'appliquer les critères de la jurisprudence en vigueur. On pouvait donc considérer que le trouble dépressif présent entre 1998 et 2000 correspondait à une comorbidité incapacitante du trouble somatoforme douloureux. Le trouble dépressif récurrent étant entré en rémission en 2000, le trouble somatoforme était considéré comme sans répercussion sur la capacité de travail depuis lors et celle-ci était restée entière dans toute activité jusqu'en 2005. Depuis 2005, on pouvait reconnaître une incapacité de travail totale dans l'activité d'employée de cafétéria justifiée initialement par les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte de l'épaule, puis par celles liées aux cervicalgies. Dans l'activité adaptée, la capacité de travail était restée entière depuis 2005, sauf entre

janvier et juillet 2012, où elle était diminuée de 50% en raison de lésions inflammatoires au niveau cervical (MODIC I), d'évolution favorable par la suite. Actuellement l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé objective, somatique ou psychique, permettant de justifier une capacité de travail nulle dans une activité adaptée.

60. Le 27 novembre 2014, le SMR a précisé que l'on pouvait effectivement retenir une période d'environ trois mois d'incapacité de travail de 100% dans toute activité à la suite de l'opération de l'épaule gauche en 2007, sur la base des rapports médicaux du Dr K_____, de l'expertise des Drs N_____ et O_____ de 2009, et de l'expertise du Dr N_____ de 2013.

L'évolution des incapacités de travail et des capacités de travail était donc les suivantes :

- a) incapacité de travail dans l'activité d'employée de cafétéria :
- 100% d'octobre 1998 au 31 mars 2000 ;
 - 50% du 1^{er} avril au 31 juillet 2000 ;
 - 0% dès le 1^{er} août 2000 ;
 - 100% depuis 2005 (épaule droite jusqu'en 2007 puis cervicalgies) ;
- b) capacité de travail dans l'activité de secrétaire ou dans toute autre activité adaptée :
- 0% d'octobre 1998 au 31 mars 2000 ;
 - 50% du 1^{er} avril au 31 juillet 2000 ;
 - 100% entre août 2000 et le 13 mars 2007 ;
 - 0% du 14 mars à fin juin 2007 (opération épaule droite) ;
 - 100% de juillet 2007 à fin décembre 2012 ;
 - 50% du 1^{er} janvier 2012 au 31 juillet 2012 (cervicalgies et MODIC I) ;
 - 100% dès le 1^{er} août 2012.

61. Le 5 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente, détaillant, par période, le statut de l'assurée, le degré d'incapacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement dans l'activité adaptée, et expliquant la méthode utilisée pour la comparaison des revenus notamment, avec le calcul de détail pour les périodes respectives : dès le 1^{er} janvier 2005 (degré d'invalidité 15%) ; du 1^{er} janvier au 31 juillet 2012 (degré d'invalidité 50%) ; dès le 1^{er} août 2012 (degré d'invalidité 15%).

En conclusion dès le 12 (recte 1^{er}) octobre 1999, l'assurée avait droit à une rente de 100% ; dès le 1^{er} juin 2000 elle avait droit à une rente de 50% limitée au 31 juillet 2000 ; dès le 1^{er} janvier 2012 elle avait droit à une rente de 50% limitée au 31 octobre 2012.

62. Par courrier du 26 janvier 2015, l'assurée a fait valoir de nombreuses objections. Le projet intervenant quatre ans après l'annulation par l'OAI de sa décision précédente du 11 mai 2011, apparaissait moins favorable encore que le précédent. Elle ne voyait plus particulièrement pas ce qui, dans les investigations effectuées postérieurement à la date précitée était susceptible de modifier une appréciation effectuée par l'OAI courant 2010, et portant sur des circonstances antérieures de sept ans au minimum. A cela s'ajoutaient de nombreuses contradictions et incohérences. Toutefois, par gain de paix, l'assurée renonçait à contester la décision attendue si l'OAI lui accordait les prestations suivantes :

- 1^{er} octobre 1999 au 31 mai 2000 : rente entière ;
- 1^{er} juin 2000 au 31 octobre 2000 : une demie-rente ;
- 1^{er} novembre 2000 au 31 mars 2001 : un quart de rente ;
- 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2003 : un quart de rente ;
- 1^{er} avril 2003 au 31 décembre 2004 : pas de rente ;
- dès le 1^{er} janvier 2005 jusqu'à ce jour : rente entière.

63. Le 16 octobre 2015, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice (cause A/3656/2015), l'OAI ayant omis à ce jour de trancher la demande de prestations déposée le 19 janvier 2000. Sur le fond, l'assurée concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité, différenciée en fonction de trois périodes distinctes, entre le 12 octobre 1999 et le 1^{er} septembre 2014.

64. Le 22 décembre 2015, l'OAI a rendu trois décisions de rentes d'invalidité pour les périodes respectives du 1^{er} octobre 1999 au 31 mai 2000, du 1^{er} juin 2000 au 31 octobre 2000 et du 1^{er} janvier 2012 au 31 octobre 2012,

Il ressort de la motivation de ces trois décisions que le statut retenu par l'OAI était le suivant :

- Statut d'active du 1^{er} octobre 1998 au 31 mars 2001 ;
- Statut de ménagère du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2003 ;
- Statut mixte (80/20, soit activité professionnelle à 80% et 20% consacré à l'exécution des tâches ménagères) du 1^{er} avril 2003 jusqu'à sa retraite.

Sur le plan médical, l'incapacité de travail prise en considération par l'OAI était la suivante :

- Dans l'activité habituelle :
 - 100% du 1^{er} octobre 1998 au 31 mars 2000 ;
 - 50% du 1^{er} avril 2000 au 31 juillet 2000 ;
 - 0% du 1^{er} août 2000 au 31 décembre 2004 ;
 - 100% du 1^{er} janvier 2004 au 31 mai 2014.

-
- Dans une activité adaptée :
 - o 100% du 1^{er} octobre 1998 au 31 mars 2000 ;
 - o 50% du 1^{er} avril 2000 au 31 juillet 2000 ;
 - o 0% du 1^{er} août 2000 au 13 mars 2007 ;
 - o 100% du 13 mars 2007 au 30 juin 2007, étant précisé que dans la mesure où cette incapacité a duré moins de trois mois, elle ne pouvait pas être prise en considération ;
 - o 0% du 1^{er} juillet 2007 au 31 décembre 2011 ;
 - o 50% du 1^{er} janvier 2012 au 31 juillet 2012 ;
 - o 0% depuis le 1^{er} août 2012.
 - Dans la sphère ménagère : 0% au vu des documents médicaux, de sorte qu'une enquête ménagère n'était pas nécessaire.

Compte tenu des éléments qui précèdent, la comparaison des revenus dans la sphère professionnelle avaient conduit à un degré d'invalidité de 19% dès le 1^{er} janvier 2005, à 50% du 1^{er} janvier 2012 au 31 juillet 2012 et de 19% dès le 1^{er} août 2012.

En prenant en considération les taux d'invalidité susmentionnés et un empêchement nul dans la sphère ménagère, le degré d'invalidité total était de 15% dès le 1^{er} janvier 2005, de 50% du 1^{er} janvier au 31 juillet 2012 et de 15% dès le 1^{er} août 2012

Par ailleurs, l'OAI s'est prononcé de la manière suivante sur les arguments invoqués par l'assurée. L'appréciation de la capacité de travail pour la période du 1^{er} octobre 1998 au 31 décembre 2004 était différente de celle effectuée à l'époque dès lors que le diagnostic posé n'est pas incapacitant au regard de la jurisprudence en vigueur lors de la décision querellée. S'agissant de la capacité de travail postérieure au 1^{er} janvier 2005 et de l'âge plutôt avancé de la recourante, l'OAI a considéré que dans la mesure où les documents médicaux au dossier avaient révélé une capacité de travail dans une activité adaptée en 2002 déjà, il fallait examiner si l'assurée était proche de la retraite à cette période. Alors âgée de 52 ans, l'assurée était éloignée du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral considérait qu'il s'agissait d'un âge avancé. Pour le surplus, le droit à une rente d'invalidité était échu dès lors que l'assurée percevait une rente AVS depuis le 1^{er} août 2014.

En conclusion, l'OAI reconnaissait les rentes suivantes à la recourante :

- rente entière du 12 (recte 1^{er}) octobre 1999 au 31 mai 2000 ;
- demi-rente du 1^{er} juin au 31 octobre 2000 ;
- demi-rente du 1^{er} janvier au 31 octobre 2012.

65. Le 22 décembre 2015, l'OAI a également notifié à l'assurée une décision de restitution de la somme de CHF 16'731.15 pour des prestations versées à tort depuis

le 1^{er} décembre 2010 (rente simple d'invalidité de la recourante, rentes pour enfant U_____, rentes pour enfant V_____). En effet, entre le 1^{er} novembre 2000 et le 31 août 2014, l'assurée avait perçu à tort des rentes pour chacun de ses enfants, son conjoint et elle-même, pour un montant total de CHF 82'864.00. Conformément à la disposition légale topique, l'OAI était en droit de requérir la restitution des rentes versées à tort les cinq années précédentes, soit depuis le 1^{er} décembre 2010, après compensation avec les montants dus pour les périodes du 1^{er} juin au 31 octobre 2000 et du 1^{er} janvier au 31 octobre 2012. Le montant total ainsi réclamé s'élevait à CHF 16'731.15. Sur demande, un arrangement de paiement pouvait être envisagé.

66. Le 27 janvier 2016, sous la plume de son conseil, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre les quatre décisions rendues le 22 décembre 2015, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'annulation des quatre décisions querellées et, principalement, à la constatation de son droit à une rente entière du 1^{er} octobre 1999 au 31 mars 2001 et du 1^{er} avril 2003 au 1^{er} septembre 2014 (recte 31 juillet 2014) ; à la constatation de son droit à un quart de rente entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2003. Elle concluait également à ce que l'OAI procède à un nouveau calcul du montant de ses rentes, sous la forme d'une nouvelle décision sujette à recours. Subsidiairement, elle sollicitait le droit de se déterminer par écrit sur les éléments caractéristiques au calcul des prestations (notamment revenu annuel moyen déterminant, durée de cotisations et échelle de rentes applicables), dans l'hypothèse où la chambre de céans souhaiterait trancher la question du montant des prestations dues.

A l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment relevé, après avoir résumé les quinze ans de procédure, qu'elle n'avait bénéficié que d'un faible niveau d'instruction au Portugal et d'aucune formation complémentaire en Suisse. Sa seule expérience professionnelle en Suisse se limitait à son activité de caissière. Elle avait exercé la profession de secrétaire au Portugal, pour laquelle elle n'avait toutefois jamais fait de formation, qu'elle avait pratiquée exclusivement en portugais, sa langue maternelle, et qu'elle n'avait pas exercée depuis 1981, soit depuis près de vingt-cinq ans.

Par ailleurs, les expertises réalisées à la demande de l'OAI (ci-après : l'intimé) et le stage aux EPI avaient démontré que ses capacités étaient incompatibles avec une réinsertion dans le marché du travail traditionnel, de sorte que son incapacité de travail devait être considérée comme totale dans son activité professionnelle habituelle de caissière/employée de cafétéria. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, elle était également nulle dès lors qu'aucun métier autre que celui de secrétaire n'était envisageable. Or, l'activité de secrétaire n'était pas possible en raison de la langue et des outils informatiques, qu'elle ne maîtrisait pas. Au demeurant, l'intimé n'avait jamais évoqué, ne serait-ce que par allusion, quelle activité pourrait encore être exigée d'elle.

Sur le plan médical, elle contestait une amélioration de son état de santé à partir de juillet 2000, amélioration qui était contredite par les appréciations des Drs E_____ et H_____ des 28 mars, 2002, respectivement 29 novembre 2002.

67. Suite au recours précité, la chambre de céans a ouvert quatre procédures sous les numéros de causes A/279/2016, A/281/2016, A/282/2016, A/283/2016, procédures qu'elle a ensuite jointes, par ordonnance du 5 février 2016, sous le numéro de cause A/279/2016.
68. L'intimé a répondu en date du 22 février 2016, concluant au rejet du recours et à la confirmation des décisions querellées, la recourante ne faisant valoir aucun élément objectif susceptible de remettre en cause les conclusions. Dans ces circonstances, il n'y avait pas lieu de faire une appréciation différente du cas.
69. Par arrêt du 29 février 2016 (ATAS/155/2016), la chambre de céans a rejeté le recours pour déni de justice formel et les conclusions sur le fond (cause A/3656/2015).
70. Pour sa part, la recourante a répliqué en date du 24 mars 2016, rappelant brièvement qu'une enquête ménagère avait été diligentée par l'intimé et que c'était dès lors à tort que celui-ci lui avait dénié tout droit à une rente pour la période où elle se serait occupée de ses enfants, un quart de rente devant manifestement lui être octroyé. Pour le surplus, elle a persisté dans les conclusions de son recours.
71. L'intimé a persisté dans ses conclusions, sans formuler d'observations, par courrier du 18 avril 2016.
72. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 9 mai 2016. Entendue à cette occasion, la recourante a expliqué qu'elle souffrait en permanence de douleurs. Le moindre effort lui créait des problèmes de dos, de cervicales et des genoux. Elle avait travaillé pendant trente ans et n'était dès lors pas une fainéante. Elle avait souvent mal été comprise par les médecins de l'OAI et les experts successifs désignés. Elle essayait de s'acquitter de ses tâches, et notamment de son ménage. La moindre des tâches la fatiguait et la faisait souffrir, de sorte qu'elle répartissait la charge de son ménage, mais elle était toujours en retard. Son mari l'aidait beaucoup. Il était cuisinier et leur ramenait à manger le soir. Elle s'occupait des enfants à la sortie de l'école et les suivait notamment dans leurs devoirs.

Par ailleurs, lors de cette audience, la chambre de céans a demandé aux parties de s'exprimer par écrit de manière à sérier les problèmes et mieux individualiser les griefs en fonction des quatre décisions objets de la procédure. L'OAI était donc invité à se prononcer sur les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu les conclusions de l'enquête ménagère pendant la période où le statut de la recourante était celui de ménagère, en particulier pendant la période du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2003, l'intimé étant également invité à interpeller son service de réadaptation pour identifier l'activité adaptée dans laquelle la recourante aurait pu mettre à profit sa capacité de travail résiduelle, et d'une manière générale répondre d'une manière un peu plus structurée et détaillée au recours. Quant à la recourante,

elle était invitée à se prononcer de façon plus précise sur l'ensemble des griefs et motifs qui l'amenaient à distinguer des périodes différentes de celles retenues par l'OAI, et en particulier à se prononcer sur les avis successifs du SMR en 2014 (5 juin 2014 et 27 novembre 2014).

73. L'intimé s'est prononcé par courrier du 24 mai 2016. Après avoir rappelé les principes juridiques pertinents selon lui, il a considéré que selon l'expertise des Drs N_____ et O_____ du 29 octobre 2009, une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée existait depuis 2000, ce qui avait été confirmé par le SMR dans son avis du 28 juin 2010. Or, à l'époque, la recourante était âgée de moins de 60 ans, ce qui ne dépassait pas le seuil au-delà duquel il était considéré qu'il s'agissait d'un âge avancé. S'agissant des activités adaptées, elles consistaient, conformément au rapport du service de réadaptation, en des activités telles qu'aide employée de bureau, réceptionniste ou téléphoniste, employée chargée du scannage de documents, de la gestion du courrier ou au sein d'un économat. Enfin, il n'avait pas pris en considération les conclusions de l'enquête ménagère du 20 août 2002 dès lors que l'infirmière avait expliqué qu'il lui avait été très difficile de faire la part des choses entre la fatigue et l'âge et les répercussions réelles de l'atteinte à la santé de la recourante dans ses activités de la vie quotidienne. Dans ces circonstances et étant donné qu'aucune incapacité de travail n'avait été retenue dans l'activité habituelle (employée de cafétéria) pour cette période, on ne pouvait légitimement retenir des empêchements durables dans l'exécution des travaux habituels.

En annexe figurait le rapport du service de réadaptation précité, non daté, mais vraisemblablement établi entre le 10 et le 13 mai 2016.

74. Quant à la recourante, elle a expliqué, par détermination du 30 juin 2016, les motifs pour lesquels elle avait considéré les quatre correspondances de l'OAI du 22 décembre 2015 comme constituant matériellement une décision unique, devant faire l'objet d'un seul recours. Elle s'est également prononcée sur les déterminations de l'OAI du 24 mai 2016 et a considéré, s'agissant de l'enquête ménagère, que la similitude des résultats (42,8% et 43,5%) entre les deux enquêtes, lesquelles avaient été effectuées à huit ans d'intervalle, constituait un gage de la fiabilité des investigations et attestaient du fait que le handicap dont elle souffrait n'avait connu aucune amélioration pendant la période concernée. Le refus de l'OAI de prendre en considération les enquêtes ménagères était d'autant plus insoutenable que lesdites enquêtes avaient été prises en considération dans les précédents projets de décision, dès lors que le droit à un quart de rente avait été retenu sur la base de la première enquête ménagère, datant d'août 2002. Enfin, les activités adaptées proposées par le service de réadaptations étaient incompatibles avec son état de santé comme cela ressortait du rapport des EPI du 19 avril 2002.
75. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

-
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} octobre 1999, à l'exception de la période du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2003, relativement à laquelle la recourante accepterait un quart de rente. Le litige porte également sur l'obligation de la recourante de restituer le montant de CHF 16'731.15.
6. En premier lieu, il convient d'examiner le statut de la recourante eu égard notamment à l'arrêt DI TRIZIO rendu par la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) le 2 février 2016.

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette

diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pourcents entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

c. Selon l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme [CourEDH] DI TRIZIO contre Suisse du 2 février 2016 (n° 7186/09), l'application dans

l'assurance-invalidité de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants et s'est vu de ce fait supprimer la rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente constitue une violation de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4).

On ne saurait déduire des considérants de l'arrêt de la CourEDH que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité « viole la Convention » sans égard à la situation concrète dont avait à juger la CourEDH, dans laquelle le changement de statut de l'assurée - et la perte de la prestation de rente en conséquence - était lié exclusivement à la naissance de ses enfants et à la réduction (hypothétique) du taux d'activité qui s'en est suivie (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9F_8/2016 du 20 décembre 2016, consid. 4.4, destiné à la publication et 9C_473/2016, op. cit., consid. 4). Dans un arrêt récent (arrêt du Tribunal fédéral 9C_604/2016 du 1er février 2017 consid. 3.3.4, destiné à la publication), le Tribunal fédéral a encore précisé qu'est contraire à la CEDH la révision de rente due à un changement de statut de l'assurée basé uniquement sur des motifs familiaux, qu'elle entraîne une suppression de rente ou sa diminution.

Dans une lettre circulaire AI n° 355, datée du 31 octobre 2016 rédigée ensuite de l'arrêt DI TRIZIO, l'office fédéral des assurances sociales – OFAS a rappelé que dans un rapport du 1^{er} juillet 2015, le Conseil Fédéral avait relevé que l'utilisation d'un mode de calcul adapté permettrait d'améliorer la situation des personnes travaillant à temps partiel et qu'il envisageait dès lors d'introduire un tel mode de calcul pour la méthode mixte. L'OFAS a ainsi considéré qu'en attendant l'entrée en vigueur de cette réglementation générale et abstraite, il était nécessaire cependant, pour garantir une unité et une égalité de traitement entre les assurés, que le droit actuel continue, dans la mesure du possible, de s'appliquer. À l'inverse, dans les cas présentant une situation similaire à l'arrêt du cas DI TRIZIO, l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme avait pour conséquence que le statut reconnu à l'assurée devait être préservé et que la méthode mixte ne devait plus être appliquée au nom du respect de la vie familiale.

Dans une jurisprudence ultérieure, le Tribunal fédéral a confirmé les principes posés dans la lettre circulaire précitée, laquelle prévoit notamment que la méthode mixte s'applique encore lors d'une première attribution de rente ainsi qu'aux autres cas qui ne sont pas absolument similaires au cas DI TRIZIO (arrêt du Tribunal fédéral 9F_8/2016 du 20 décembre 2016).

7. En l'espèce, il est admis par les parties que la recourante a exercé une activité lucrative à temps complet jusqu'au 12 octobre 1998, date à partir de laquelle ses médecins ont considéré qu'elle était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. Selon ses déclarations, elle aurait continué à travailler à 100% jusqu'à la naissance de ses enfants. Elle aurait toutefois cessé toute activité pendant

deux ans afin de pouvoir s'occuper de ses enfants. Cependant, dès le mois de mai 2003, elle aurait repris une activité à 80% et aurait consacré les 20% restants à ses enfants et à son ménage.

Partant, au vu de ce qui précède, le statut de la recourante était celui d'une assurée exerçant une activité lucrative à temps complet pour la période courant jusqu'au 31 mars 2001 (méthode ordinaire), d'une assurée sans activité lucrative entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2003 (méthode spécifique) et enfin celui d'une assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel dès le 1^{er} avril 2003 (méthode mixte), la rente n'ayant pas été réduite en raison du changement de statut de la recourante mais compte tenu d'une amélioration présumée de son état de santé (voir ci-après).

8. Le statut de la recourante ayant été établi, il y a désormais lieu de déterminer la capacité de travail de la recourante, cet aspect étant contesté. Cela implique ainsi un examen de la valeur probante des expertises figurant au dossier.

a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

b. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5).

c/aa. Depuis 2004 (ATF 130 V 354) - voire 2006 (ATF 132 V 65) en ce qui concerne singulièrement la fibromyalgie - la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Pour les raisons qui viennent d'être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Cependant, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et les références). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations

fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

c/bb. Récemment, le Tribunal fédéral, dans son ATF 141 V 281 du 3 juin 2015, a modifié sa pratique. Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt). La Haute Cour a entre autres considéré que cette présomption soutient la conception selon laquelle celle-ci était indivisible et que seule une incapacité de travail totale pouvant en résulter (consid. 3.4.2.2). Le Tribunal a également remarqué qu'il sied de renoncer à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1). Dorénavant, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable (cf. consid. 4.2 de l'arrêt) doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6 de l'arrêt).

c/cc. Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). C'est aussi valable pour les pathologies similaires telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

d. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/aa. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b/bb. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences

au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

b/dd. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Les constatations médicales peuvent notamment être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation

de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99] ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

11. a. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 28 al. 2 LAI), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références).

b. Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s. ; voir aussi SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in *Grenzfälle in der Sozialversicherung*, 2015, p. 5). Suivant la jurisprudence précitée, datant de 2012, pour déterminer s'il est exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 16 LPG), il faut se placer au moment de la date de l'expertise médicale qui sert de fondement aux constatations de fait relatives à la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.2).

Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de

son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

12. Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (*ex nunc et pro futuro*) (ATF 132 II 153 consid. 5.1, ATF 122 I 57 consid. 3cc/bb et les arrêts cités ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_640/2013 du 23 avril 2014 consid. 6.3.2). Elle s'applique donc également, mais sans effet rétroactif, quand l'événement assuré s'est produit avant le prononcé du changement de jurisprudence. On peut s'inspirer, à cet égard des règles relatives à la non-rétroactivité d'une nouvelle disposition légale. L'interdiction de la rétroactivité fait obstacle à l'application d'une nouvelle disposition légale à des faits entièrement révolus avant son adoption (rétroactivité proprement dite) ; il est en revanche admissible d'appliquer la nouvelle norme à des faits ayant pris naissance sous l'empire du droit antérieur, mais qui déploient encore des effets sous le nouveau droit (rétroactivité improprement dite), sous réserve des droits acquis (arrêt du Tribunal fédéral 9C_640/2013 du 23 avril 2014 consid. 6.3.2 et les références citées).

13. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 ; p. 157 consid. 2).

b. En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références ; ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b ; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

14. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

c. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. En l'espèce, la recourante conclut à une rente entière depuis le 1^{er} octobre 1999, à l'exception de la période pendant laquelle elle se serait quoi qu'il en soit occupée de ses enfants. De son côté, l'OAI lui reconnaît une rente entière du 1^{er} octobre 1999 au 31 mai 2000, une demi-rente du 1^{er} juin au 31 octobre 2000 et une rente entière du 1^{er} janvier au 31 octobre 2012.

Dans la mesure où de nombreux documents médicaux figurent au dossier, il y a lieu d'examiner leur valeur probante.

16. a. A la demande de l'OAI, les médecins de la PMU ont examiné la recourante puis établi leur rapport le 31 janvier 2002. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ce document.

Le rapport des médecins de la PMU, daté du 31 janvier 2002, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, les experts retiennent les diagnostics suivants : syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de douleurs diffuses au niveau de l'appareil locomoteur, difficultés liées à l'entourage immédiat (situation de mobbing), événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer, spondylarthrose C5-C6, discopathie L4-L5 et possible périarthrite scapulo-humérale droite. En raison de ces atteintes, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de caissière polyvalente d'octobre 1998 à avril 2000, époque à laquelle une amélioration de la capacité de travail de 50% avait été signalée par le médecin traitant. Dès le mois de juin 2000, cette amélioration pouvait être estimée à 60% dans l'activité habituelle. Dans une activité d'employée de bureau, une capacité de travail de 70% était exigible.

b. Le rapport a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis établi le 15 avril 2002 par le Dr G_____, que le diagnostic de difficultés liées à l'entourage immédiat ne jouait plus de rôle au jour de l'expertise. C'était donc davantage le vécu douloureux chronique, à savoir le trouble somatoforme douloureux, qui expliquait la limitation de la capacité de travail à 60% dans l'activité habituelle et à 70% dans une activité adaptée, telle que celle de secrétaire. Cela étant, le Dr G_____ n'a pas remis en question l'appréciation de la capacité de travail des médecins de la PMU.

Le 5 juin 2014, le SMR a établi un nouvel avis, sous la plume de la Dresse P_____, laquelle a considéré, après avoir rappelé que lors de la réalisation de l'expertise, en 2002, les critères de sévérité n'étaient pas de mise, qu'il convenait de s'écarter de l'appréciation des médecins de la PMU dès lors que ceux-ci ne retenaient aucun diagnostic de la lignée dépressive alors que l'expertise subséquente, datée du 29 octobre 2009, mentionnait la présence d'un trouble dépressif incapacitant d'octobre 1998 à 2000. Pour la Dresse P_____, le rapport de la PMU était dès lors lacunaire.

La chambre de céans ne saurait suivre le SMR sur ce point dans la mesure où les médecins de la PMU ont retenu que la recourante avait présenté un trouble dépressif récurrent entre 1995 et 2000. Les experts ont également indiqué qu'ils

partageaient l'avis du psychiatre traitant de la recourante quant à une incapacité de travail importante entre octobre 1998 et avril 2000, mois au cours duquel ladite incapacité avait diminué à 50%. Lors de la réalisation de l'expertise, il n'y avait cependant plus de traces dudit trouble dépressif récurrent, raison pour laquelle les médecins de la PMU n'ont vraisemblablement pas évoqué cette atteinte à titre de diagnostic.

Le rapport de la PMU du 31 janvier 2002 est par conséquent complet.

c. Pour sa part, la recourante a contesté les conclusions de l'expertise de la PMU en se référant aux avis de ses médecins traitants, les Drs E_____ et H_____.

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

S'agissant tout d'abord de l'appréciation du Dr E_____ du 29 novembre 2002, force est de constater qu'elle ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, si cette appréciation liste les diagnostics retenus, elle ne précise pas les plaintes de la recourante et ne comporte aucune indication quant aux constatations cliniques. On ne sait pas non plus quels sont les aspects de l'expertise de la PMU qui sont contestés par le médecin traitant, celui-ci se limitant à écrire « je ne suis pas d'accord avec le rapport de COMAI, parce que je connais très bien la patiente, je l'ai surveillée rigoureusement. Je considère que ma patiente est inapte à travailler à temps complet à (100%) ».

Quant au Dr H_____, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante et ne critique à aucun moment l'expertise du 31 janvier 2002. A cela s'ajoute le fait que son appréciation ne répond à aucun des réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

d/aa. Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que ni la recourante ni le SMR n'ont été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. Il convient donc de retenir que le rapport des médecins de la PMU du 31 janvier 2002 dispose d'une pleine valeur probante.

d/bb. Toutefois, dès lors que les médecins de la PMU ont posé le diagnostic de trouble somatoforme, la chambre de céans doit examiner son caractère invalidant au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, laquelle a été modifiée une première fois en 2004 puis à nouveau en 2015. Elle ne peut en effet suivre l'appréciation de la capacité de travail faite par les médecins de la PMU sans l'avoir confrontée aux critères jurisprudentiels en vigueur.

En principe, une nouvelle jurisprudence doit s'appliquer immédiatement, y compris aux affaires pendantes au moment où elle est adoptée (ATF 132 II 153 consid. 5.1 ; ATF 122 I 57 consid. 3c/bb et les arrêts cités). Ainsi, dans la mesure où l'OAI n'avait pas encore rendu de décision lors de l'entrée en vigueur, le 5 juin 2015, de l'ATF 141 V 281, les nouveaux critères prévus par cet arrêt auraient dû être pris en compte pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_640/2013 du 23 avril 2014 (consid. 6.3.2), les règles prévues par l'ATF 141 V 281 ne peuvent être appliquées rétroactivement à des faits entièrement révolus avant leur adoption, ce qui est le cas en l'espèce, dès lors que le trouble somatoforme n'a plus été diagnostiqué en 2009. En d'autres termes, les critères de l'arrêt précité ne trouvent application que pour des faits ayant pris naissance sous l'empire du droit antérieur, mais qui déploient encore des effets sous le nouveau droit, en d'autres termes pour un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie déjà présents avant 2015 mais qui persistent au-delà de cette date, ce qui n'est pas le cas en l'espèce puisque le trouble somatoforme diagnostiqué en 2002 s'est amendé et qu'il n'a plus été retrouvé en 2009. Par ailleurs, dans la mesure où la recourante était toujours atteinte du trouble somatoforme douloureux lors du changement de pratique, en 2004, ce sont les critères de l'ATF 130 V 350 qui sont applicables.

Selon les critères dans l'arrêt précité, un trouble somatoforme ou une fibromyalgie sont considérés comme invalidants, lorsqu'ils sont associés à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. En l'absence de comorbidité psychiatrique, il doit y avoir cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance.

Les experts mandatés par l'OAI ont retenu un état dépressif d'intensité moyenne, préexistant à l'apparition du trouble somatoforme douloureux, lequel est toutefois entré en rémission au cours du printemps 2000, à tel point qu'il a été mis un terme au suivi psychiatrique. Dans ces circonstances, il doit être considéré que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait la recourante était invalidant entre le 1^{er} octobre 1999 et le printemps 2000. Toutefois, avec la rémission du trouble dépressif, la comorbidité psychiatrique a disparu. Dans un tel cas, il doit avoir cumul des autres critères, lesquels doivent en outre présenter une certaine intensité et constance. Or, à l'exception des affections corporelles chroniques (spondylarthrose C5-C6, discopathie L4-L5 et possible périarthrite scapulo-humérale), la recourante ne remplit aucun des autres critères jurisprudentiels. Elle ne subit plus particulièrement pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, en ayant notamment une vie familiale satisfaisante. Le traitement administré a permis une évolution positive de l'atteinte psychique, dans la mesure où l'état a fait l'objet d'une rémission suffisamment importante pour que la recourante ne soit plus suivie par un psychiatre et que le Dr O_____, lors de son expertise en 2009, ne fasse état que d'un trouble en rémission. Enfin, la recourante

ne présente pas non plus d'état psychique cristallisé dans la mesure où son trouble psychique est entré en rémission.

Partant, les troubles psychiques présentés par la recourante postérieurement au mois de juin 2000 ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail.

Dans la mesure où les experts de la PMU ont considéré que les atteintes somatiques n'expliquaient qu'une petite partie des douleurs, il doit être considéré que leur appréciation de la capacité de travail tient compte du trouble somatoforme douloureux. Celui-ci n'est toutefois pas invalidant au regard de la jurisprudence susmentionnée de sorte que les conclusions de l'expertise du 31 janvier 2002 sur la capacité ne peuvent être prises en considération telles quelles pour la période postérieure au 1^{er} mai 2000. En effet, une incapacité de travail de 30% dans l'activité adaptée et de 40 à 50% dans l'activité habituelle tient compte du trouble somatoforme douloureux, lequel n'est pas invalidant au regard des critères jurisprudentiels. Une telle incapacité de travail est dès lors trop élevée. Retenir une capacité de travail totale paraît au contraire trop sévère dès lors que les atteintes somatiques expliquent tout de même une partie des plaintes. Dans ces circonstances, il convient d'appliquer la jurisprudence, selon laquelle lorsque les médecins indiquent une fourchette à l'intérieur de laquelle se situe la capacité de travail résiduelle, on se réfère généralement à la valeur médiane (voir arrêt du Tribunal fédéral I 822/04 du 21 avril 2005 consid. 4.4 et les références citées). Dans le cas de la recourante, l'incapacité de travail due aux seules atteintes somatiques est par conséquent de 15% dans une activité adaptée et de 25% puis de 20% dans l'activité habituelle.

d/cc. En résumé, il doit être considéré que la recourante était totalement incapable de travailler dans toute activité d'octobre 1999 à avril 2000, à 25% en moyenne en mai 2000 et à 20% en moyenne depuis juin 2000.

17. a. Au dossier figure également un rapport d'expertise établi le 29 octobre 2009 par les Drs N_____ et O_____, experts auprès du BREM. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ce document.

Comme le rapport des médecins de la PMU du 31 janvier 2002, le rapport du BREM du 29 octobre 2009 remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, les Drs N_____ et O_____ retiennent les diagnostics suivants : omalgies droites sur un épaissement de la capsule articulaire, status post-suture

de la coiffe des rotateurs, existant depuis 2007, fracture du cinquième métatarsien gauche, existant depuis 2009 (avec répercussion sur la capacité de travail), trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, présent depuis l'âge de 24 ans, cervicalgies et lombalgies chroniques sur discopathies de peu de gravité, depuis 1994 ainsi qu'hyperthyroïdie substituée (sans répercussion sur la capacité de travail). L'expert rhumatologue n'avait pas trouvé de trouble somatoforme douloureux étant donné que les plaintes concernaient principalement la nuque et l'épaule droite. Quant au diagnostic de fibromyalgie, il devait être écarté, seuls 6 triggers points sur 18 ayant été constatés, ce qui est insuffisant. Le problème de l'épaule droite rendait difficile tous les mouvements de cette épaule de sorte que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'employée de cafétéria était nulle depuis 2005. En revanche, elle était entière depuis juillet 2007 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle qu'une activité de secrétaire. Sur le plan psychique, une pleine capacité de travail avait été retrouvée dès le 1^{er} août 2000.

b. Le rapport du BREM a été soumis au SMR qui a considéré le 28 juin 2010, sous la plume de la Dresse M_____, que la recourante avait présenté une aggravation dès l'automne 2005 et que ce n'était que depuis le mois de juillet 2008 qu'elle présentait à nouveau une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le 5 juin 2014, le SMR, sous la plume de la Dresse P_____, a réexaminé l'expertise du BREM du 29 octobre 2009 et a relevé que les experts avaient écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux au prétexte que des atteintes somatiques permettaient d'expliquer les plaintes. Or, l'évolution montrait, cinq ans plus tard, que le diagnostic précité devait à nouveau être posé. Pour le SMR, l'évolution sur seize ans démontrait que le trouble somatoforme douloureux était au centre de la problématique et qu'en dehors des périodes d'incapacité de travail limitées dans le temps, il n'y avait pas d'atteinte permettant de justifier une capacité de travail nulle dans toute activité. En appliquant les critères de sévérité en vigueur en 2014, le SMR est arrivé à la conclusion que le trouble dépressif présent entre 1998 et 2000 correspondait à une comorbidité incapacitante mais que depuis la rémission du trouble dépressif, le trouble somatoforme précité n'entraînait pas de répercussion sur la capacité travail, laquelle était entière dans toute activité jusqu'en 2005. Depuis 2005, il convenait de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle justifiée par les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte à l'épaule et des cervicalgies. La capacité de travail était également entière dans toute activité adaptée, sauf entre janvier et juillet 2012, période pendant laquelle elle était de 50% en raison des lésions inflammatoires au niveau cervical (MODIC I).

La chambre de céans ne saurait suivre l'appréciation du SMR du 5 juin 2014, dans laquelle la Dresse P_____ nie toute incapacité de travail entre 2005 et 2007. En effet, il ressort de l'expertise du BREM du 29 octobre 2009, contre laquelle le SMR n'a élevé aucune critique, hormis celle relative aux explications prétendument

lacunaires sur la disparition du trouble somatoforme douloureux, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle à compter de 2005 mais entière depuis juillet 2007 dans une activité adaptée. Compte tenu des termes utilisés par les médecins du BREM, il convient de considérer, comme l'a d'ailleurs fait le SMR dans son appréciation du 28 juin 2010, que la capacité de travail de la recourante était en réalité nulle dans toute activité entre 2005 et juillet 2007.

c. Dans la mesure où la recourante n'a pas contesté l'appréciation des médecins du BREM et que le SMR n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente, il convient de retenir que le rapport des médecins du BREM du 29 octobre 2009 dispose d'une pleine valeur probante.

Dans ces circonstances, il doit être considéré que la recourante était totalement incapable de travailler dans toute activité du 1^{er} novembre 2005 au 30 juin 2007. Dès le 1^{er} juillet 2007, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, étant précisé que l'expertise des Drs N_____ et O_____ devait se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise, soit depuis janvier 2002.

18. a. A la demande de l'OAI, le Dr N_____ a procédé à un nouvel examen de la recourante et a établi un rapport en date du 8 juillet 2013. Ce rapport, lequel se prononce sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante après 2009, remplit également sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : résumé du dossier, anamnèse détaillée, description des indications subjectives de la recourante, observations cliniques, et discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, le Dr N_____ a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques sur des sténoses foraminales étagées de C3 à C6, présentes depuis 1994 et aggravées en 2012 (avec répercussion sur la capacité de travail) et hypothyroïdie substituée et status post suture de la coiffe des rotateurs (sans répercussion sur la capacité de travail). Ces atteintes entraînaient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et nulle dans une activité adaptée telle que celle de secrétaire, sauf durant la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2012, durant laquelle la capacité de travail était de 50%.

b. Ni le SMR ni la recourante n'ont formulé de critiques à l'encontre de l'expertise du Dr N_____ de sorte qu'une pleine valeur probante doit être retenue.

19. Enfin, le dossier contient un rapport d'expertise du Dr R_____, du 6 mai 2014, lequel remplit également toutes les conditions jurisprudentielles formelles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, ce médecin a retenu un trouble somatoforme douloureux persistant, sans comorbidité psychiatrique et non invalidant, dont la réactivation était en grande partie liée à des

facteurs non médicaux et notamment à des difficultés d'acceptation des conclusions des experts, à la révolte de la recourante, à la comparaison qu'elle fait avec d'autres situations, etc. Cette atteinte n'entraînait toutefois aucune incapacité de travail selon les critères décrits par le Tribunal fédéral des assurances dans son ATF 130 V 343.

Ce rapport a été soumis au SMR et à la recourante, lesquels n'ont élevé aucune critique à son égard, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être attribuée. Il convient toutefois encore de s'assurer que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par le Dr R_____ n'est pas invalidant au regard de la nouvelle pratique du Tribunal fédéral.

Dans son rapport du 6 mai 2014, le Dr R_____ a considéré que le trouble somatoforme douloureux qu'il avait diagnostiqué n'était pas invalidant au regard des critères posés par le Tribunal fédéral dans son ATF 130 V 352. Il convient donc d'examiner si tel est également le cas au regard des nouveaux indicateurs.

A l'exception du trouble précité, le Dr R_____ n'a diagnostiqué aucun trouble psychique. Il a décrit une personne avec une approche ouverte, souriante, dans une très bonne dynamique vitale, efficace et qui pouvait s'exprimer d'une manière intense et prolixe sur ses problèmes. Elle était en majeure partie euthymique, de bonne humeur et avait développé par elle-même de l'humour. Il n'y avait pas de fixation émotionnelle ni d'autres éléments du registre dépressif proprement dit. L'expert précité n'avait pas non plus trouvé ou retenu d'éléments évoquant une quelconque psychopathologie. Dans ces circonstances, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'était que descriptif. Dans la mesure où la réactivation du diagnostic précité était en grande partie liée à des facteurs non médicaux (difficultés d'acceptation des conclusions des experts, révolte, comparaison avec d'autres situations, raisons financières, etc.), il n'existait, sur le plan purement médico-psychiatrique, aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. Ces éléments viennent confirmer que la recourante n'était pas entravée dans ses ressources pour surmonter les douleurs ressenties et tenir son ménage du point de vue psychique. L'expertise du Dr R_____ permet de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence, l'absence de caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante, sans qu'un complément d'expertise ne soit nécessaire.

20. Née le 7 août 1950, la recourante a atteint l'âge de la retraite le 7 août 2014. Dans la mesure où les décisions querellées ont été rendues après cette date se pose la question de l'exigibilité d'un changement d'activité professionnelle eu égard à son âge notamment.

a. A titre liminaire, il y a lieu de rappeler que l'obligation de diminuer le dommage et la réadaptation par soi-même, principes valables dans tous les domaines du droit des assurances sociales, commandent que la question de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail soit résolue le plus tôt possible. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a toutefois trouvé que retenir la date du début à la rente était

prématuré dès lors que dans beaucoup de cas, les atteintes à la santé étaient contestées et qu'une instruction complémentaire était encore nécessaire. Ce n'était bien souvent qu'à la suite d'une instruction que les atteintes pouvaient être établies rétrospectivement. Retenir la date du début du droit à la rente reviendrait à exiger d'une personne de mettre en valeur une capacité de travail résiduelle contestée et qui n'est pas encore constatée objectivement. En prenant en considération ce qui précède, le Tribunal fédéral a donc considéré que le moment déterminant pour examiner la question de la mise en valeur de la capacité résiduelle était celui où il avait été constaté que l'exercice, à tout le moins partiel, d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 136 V 457 consid. 3.2).

b. En l'espèce, dans la décision querellée, l'OAI considère, en application de la précision de jurisprudence, datant de 2012, que les documents médicaux révélaient une capacité de travail dans une activité adaptée en 2002 déjà. Or, à l'époque, la recourante était âgé de 52 ans, ce qui constitue un âge éloigné de la retraite. Dans ses déterminations du 21 mai 2016, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du 29 octobre 2009 pour maintenir sa position, considérant que l'âge de 59 ans ne dépassait pas le seuil à partir duquel on pouvait parler d'âge avancé.

Certes, à teneur de l'expertise du 31 janvier 2002, une activité adaptée à 70% était exigible de la recourante. Cela étant, l'activité habituelle était encore exigible à 60% et, en raison de la faible différence dans le taux d'activité, le service de réadaptation de l'OAI avait considéré, dans une note du 8 juin 2006, que dans ces circonstances, il convenait de calculer le degré d'invalidité en fonction de l'activité habituelle. Par ailleurs, par décision sur opposition du 26 juillet 2004, l'OAI a annulé sa décision fondée sur cette expertise, considérant qu'une instruction complémentaire sur les plans médical et professionnel était nécessaire. Dans de telles circonstances, tous les éléments nécessaires à la prise de décision n'étaient pas réunis à cette date, ce que l'OAI a finalement admis en retenant, dans ses déterminations du 21 mai 2016, la date du 29 octobre 2009 comme moment déterminant pour l'examen en question.

Quant à l'expertise du 29 octobre 2009, elle ne permettait pas non plus d'établir de manière fiable que l'exercice d'une activité adaptée était médicalement exigible, dès lors que, malgré les conclusions des Drs N_____ et O_____, l'OAI a annulé sa décision fondée sur l'expertise précitée, souhaitant poursuivre son instruction par la mise en œuvre d'une mesure d'observation professionnelle aux EPI. Ce faisant, l'OAI a montré des doutes quant à la fiabilité des conclusions du rapport du Dr N_____. Dans ces circonstances, on ne pouvait considérer que tous les éléments nécessaires à la prise de décision étaient réunis à cette date même si, aujourd'hui, la chambre de céans attribue une pleine valeur probante à l'expertise du 29 octobre 2009. Retenir le contraire reviendrait à exiger de la recourante qu'elle mette en valeur une capacité de travail résiduelle qui n'était pas encore établie de manière suffisamment fiable aux yeux de l'OAI, dès lors que celui-ci a mis en œuvre une instruction complémentaire sur le plan professionnel.

En réalité, ce n'est qu'avec l'expertise du Dr R_____, le 6 mai 2014, que l'OAI disposait de tous les éléments médicaux nécessaires à la prise de décision et qu'il a estimé que l'instruction devait être close. Ce n'est donc qu'à ce moment-là que la situation médicale de la recourante était établie de manière fiable.

Or, à cette date, la recourante était à trois mois de la retraite. On peine donc à imaginer qu'un employeur eût consenti à engager la recourante, eu égard à l'âge de celle-ci, à ses limitations fonctionnelles et au temps nécessaire qu'il aurait fallu consacrer pour dispenser un minimum de formation pour un emploi d'emblée limité dans le temps, quelques semaines seulement.

Cela étant et dans tous les cas, quand bien même il y aurait lieu d'examiner l'exigibilité d'un changement d'activité en prenant l'année 2009 comme référence, il conviendrait alors de prendre en considération l'ensemble des circonstances, à savoir que l'assurée était âgée de 59 ans et 3 mois à la date du rapport d'expertise et que depuis son arrivée en Suisse, en 1981, elle n'avait exercé qu'une seule profession, celle de caissière/d'employée de cafétéria, auprès d'un seul employeur. Son activité de secrétaire, à laquelle les médecins et le SMR se réfèrent constamment, n'a été exercée qu'au Portugal, dans la langue maternelle de la recourante et sans formation préalable. D'ailleurs, le SMR et l'OAI en étaient conscients, dès lors qu'ils ont estimé qu'on ne pouvait exiger de la recourante qu'elle reprenne son activité de secrétaire sans remise à niveau. A cela s'ajoute le fait que les autres professions citées par les EPI et reprises par l'intimé dans ses observations du 24 mai 2016, ne sont pas adaptées aux limitations fonctionnelles mentionnées dans l'expertise du 29 octobre 2009. En effet, on voit mal les activités d'aide-employée de bureau, réceptionniste ou téléphoniste ou encore d'employée dans le scannage, la gestion de courrier ou au sein d'un économat respecter les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N_____, à savoir pas de port de charges de plus de 5 kg, de mouvements d'élévation et en abduction du membre supérieur droit ou de mouvements répétitifs avec ce même membre.

En conséquence de ce qui précède, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle exercée par la recourante avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). Or, selon les rapports d'expertise des 31 janvier 2002, 29 octobre 2009, 8 juillet 2013 et 6 mai 2014, la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle était la suivante :

- 0% du 12 octobre 1998 au 30 avril 2000 ;
- 50% du 1^{er} au 31 mai 2000 ;
- 60% du 1^{er} juin 2000 au 31 octobre 2005 ;
- 0% dès le 1^{er} novembre 2005.

Enfin, la chambre de céans relèvera que les modifications dans l'appréciation de la capacité de travail sont consécutives à une amélioration (passage de 0% à 50% puis

à 60%) puis à une aggravation (passage de 60% à 0%) de l'état de santé de la recourante. En effet, suite à la rémission de son trouble dépressif récurrent en mai et juin 2000, la capacité de travail de la recourante s'est améliorée pour rester stable jusqu'à l'apparition de l'atteinte à l'épaule droite, laquelle constitue une aggravation. Il ne s'agit ainsi pas d'une appréciation différente d'un même état de faits mais bien de modifications de l'état de santé de la recourante, lesquelles justifient de réviser le droit à la rente.

21. La recourante conteste également le fait que l'OAI n'ait pas pris en considération des empêchements dans le ménage entre 2001 et 2003, période pendant laquelle son statut était celui d'une personne sans activité lucrative.

a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au chiffre 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation

que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

22. En l'espèce, il ressort des décisions querellées que l'OAI a considéré que les documents en sa possession ne lui permettaient pas de retenir des empêchements dans la tenue du ménage. En effet, pour l'intimé, dès lors que la recourante possédait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, elle n'avait pas d'empêchements dans l'exécution de ses travaux habituels.

C'est toutefois oublier que toutes les expertises ont retenu des limitations fonctionnelles, notamment dans le port des charges ou les mouvements à éviter. En outre, deux enquêtes ménagères, effectuées à huit ans d'intervalle, par deux enquêtrices différentes, ont conclu à des empêchements de 42,8% (enquête ménagère du 20 août 2002) et 43.85% (enquête ménagère du 12 novembre 2010), ce qui démontre l'existence d'empêchements. D'ailleurs, dans son avis du 22 mars 2011, le SMR avait considéré que les empêchements ménagers de 43.85% n'étaient pas incompatibles avec les limitations fonctionnelles constatées et que la fatigue due à l'âge n'occupait selon toute vraisemblance pas une part très importante dans l'appréciation de la capacité à effectuer les travaux habituels. La recourante présentait une incapacité de travail totale dans toute activité lourde et dans tous les travaux ménagers lourds, ce qui entraînait des empêchements importants.

Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait faire fi des enquêtes ménagères réalisées à sa demande, enquêtes qu'il a dans un premier temps pris en considération.

S'agissant des enquêtes, les enquêtrices ont scindé le champ d'activités ménagères en sept postes comme le préconise le chiffre 3086 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (CIIAI). Elles ont suffisamment pris en considération les limitations fonctionnelles de la recourante, étant rappelé que celles-ci concernaient essentiellement le port de charges (15 kg au début selon le rapport d'expertise du 31 janvier 2002 ; 5 kg selon le rapport d'expertise du 29 octobre 2009) et certains mouvements (mouvements répétitifs du membre supérieur droit au-dessus de 90° d'élévation, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension et de rotation de la colonne cervicale et lombaire, pas de mouvements en porte à faux selon le rapport d'expertise du 31 janvier 2002 ; pas de mouvements d'élévation ou d'abduction de plus de 90° avec le membre supérieur droit, pas de mouvements répétitifs avec ce même membre selon le rapport du 29 octobre 2009). Ce sont d'ailleurs ces limitations qui ressortent de la description des empêchements, la recourante ne pouvant plus s'occuper des travaux ménagers lourds.

Au vu de ce qui précède, c'est donc à tort que l'intimé a écarté les conclusions des enquêtes ménagères, auxquelles une pleine valeur probante doit être reconnue.

23. Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28 al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, applicable en l'espèce] en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x, 49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x, 50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

b. S'agissant du taux d'invalidité global en cas de méthode mixte, il est calculé d'après le temps consacré aux deux champs d'activité (activité professionnelle et ménage) et se détermine à l'aide de la formule suivante (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 7.1) :

[% part lucrative x% invalidité] + [% part ménagère x% invalidité]).

c. A teneur de l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade (...), ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

Selon la jurisprudence, le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le

versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision ; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral I.666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1 et la référence citée).

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015).

24. a. En l'espèce, compte tenu de l'âge de la recourante, il convient d'examiner le degré d'invalidité en fonction de la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle.

Or, pour rappel, la capacité de travail dans l'activité habituelle était la suivante :

- 0% du 12 octobre 1998 au 30 avril 2000 ;
- 75% du 1^{er} au 31 mai 2000 ;
- 80% du 1^{er} juin 2000 au 31 octobre 2005 ;
- 0% dès le 1^{er} novembre 2005.

Par ailleurs, les empêchements retenus dans la sphère ménagère entraînaient une invalidité de 42.8% selon l'enquête ménagère du 20 août 2002 et de 43.85% selon l'enquête ménagère du 12 novembre 2010.

Enfin, le statut de la recourante était celui d'une assurée exerçant une activité lucrative à temps complet pour la période courant jusqu'au 31 mars 2001 (méthode ordinaire), d'une assurée sans activité lucrative entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars

2003 (méthode extraordinaire) et enfin celui d'une assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel dès le 1^{er} avril 2003 (méthode mixte).

Au vu des données ci-dessus, le degré d'invalidité total de la recourante se calcule de la manière suivante :

- du 1^{er} octobre 1999 au 30 avril 2000 : 100% (soit incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle exercée à 100%) ;
- du 1^{er} au 31 mai 2000 : 25% (soit incapacité de travailler moyenne de 25% dans l'activité habituelle exercée à 100%) ;
- du 1^{er} juin 2000 au 31 mars 2001 : 20% (soit incapacité de travailler moyenne de 20% dans l'activité habituelle exercée à 100%) ;
- du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2003 : 43% (empêchements de 42.8% dans le ménage, le statut de la recourante étant alors celui d'une personne sans activité lucrative) ;
- du 1^{er} avril 2003 au 31 octobre 2005 : 25% ($[20\% \times 80\%] + [42.8\% \times 20\%] = 16\% + 8.56\% = 24.56\%$ conformément à la méthode mixte dès lors que la recourante aurait été active à 80% seulement) ;
- du 1^{er} novembre 2005 au 31 octobre 2010 : 89% ($[100\% \times 80\%] + [42.8\% \times 20\%] = 80\% + 8.56\% = 88.56\%$ conformément à la méthode mixte dès lors que la recourante aurait été active à 80% seulement) ;
- du 1^{er} novembre 2010 au 31 juillet 2014 : 89% ($[100\% \times 80\%] + [43.85\% \times 20\%] = 80\% + 8.77\% = 88.77\%$ conformément à la méthode mixte dès lors que la recourante aurait été active à 80% seulement).

b. Compte tenu de l'art. 88a RAI, le droit à la rente de la recourante est le suivant, étant précisé que la modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 pour un exemple de calcul lorsque l'amélioration ne survient pas en début de mois) :

- du 1^{er} octobre 1999 au 31 juillet 2000 : rente entière ;
- du 1^{er} août 2000 au 30 juin 2001 : aucune rente ;
- du 1^{er} juillet 2001 au 30 juin 2003 : quart de rente ;
- du 1^{er} juillet 2003 au 28 février 2006 : aucune rente ;
- depuis le 1^{er} mars 2006 : rente entière.

25. La recourante conteste également le bien-fondé de la demande de restitution des avances versées depuis le 1^{er} décembre 2010.

Dans la mesure où la chambre de céans met la recourante au bénéfice d'une rente entière à compter du 1^{er} mars 2006, la demande de restitution des avances versées

depuis le 1^{er} décembre 2010 est à l'évidence dénuée de tout fondement, de sorte que la décision y relative sera annulée.

26. Enfin, la recourante conteste le nombre d'années prises en considération pour le calcul du montant de la rente. Dans ce contexte, la chambre de céans rappellera que le 4 février 2005, Hotela a transmis à l'assurée le calcul comparatif auquel elle avait procédé, étant précisé que le montant d'une rente portugaise était inclus dans ledit calcul. Toutefois, selon une décision de l'autorité portugaise compétente, datée du 21 avril 2005, la recourante n'était pas considérée comme invalide au sens du droit portugais, de sorte qu'elle ne pouvait prétendre à aucune rente. Faisant suite à cette décision, la caisse suisse de compensation a invité Hotela, en date du 27 mai 2005, à calculer le montant de la rente en prenant en considération les cotisations portugaises.

La question du nombre d'années de cotisations est régulièrement invoquée par l'assurée depuis 2003 et l'OAI n'a jamais formellement statué à ce propos. En outre, le dossier comporte des contradictions s'agissant notamment de la rente portugaise. Dans ces circonstances, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le montant de la rente.

27. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions du 15 décembre 2015 seront annulées. La recourante sera mise au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} octobre 1999 au 31 juillet 2000, d'un quart de rente du 1^{er} juillet 2001 au 30 juin 2003, d'une rente entière du 1^{er} mars 2006 au 31 juillet 2014, date à laquelle la rente de vieillesse a pris le relais. Pour le surplus, la cause sera renvoyée à l'OAI pour que celui-ci statue formellement sur le nombre d'années de cotisations à prendre en considération.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule les décisions du 15 décembre 2015
3. Dit que la recourante a droit à une rente entière du 1^{er} octobre 1999 au 31 juillet 2000, d'un quart de rente du 1^{er} juillet 2001 au 30 juin 2003, d'une rente entière du 1^{er} mars 2006 au 31 juillet 2014.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour décision sur le nombre d'années de cotisation à prendre en considération dans le calcul du montant de la rente, et pour nouvelle (s) décision(s) comportant le calcul des rentes octroyées, dans le sens des considérants
5. Alloue à la recourante une indemnité de procédure de CHF 2'000.- à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le