

# **BVGer C-1029/2016 vom 29. Mai 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-05-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1029\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1029_2016)

FR: TAF C-1029/2016 du 29 mai 2019

IT: TAF C-1029/2016 del 29 maggio 2019

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Complexe "atteinte à la santé"

#### **E. 1.1.1**

Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

#### **E. 1.1.2**

Succès du traitement ou résistance à cet égard

#### **E. 1.1.3**

Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

#### **E. 1.1.4**

Comorbidités

### **E. 1.2**

Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

### **E. 1.3**

Complexe "contexte social". 2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

### **E. 1.4**

En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA). Il s'ensuit que le recours est recevable et que le Tribunal peut entrer en matière sur le fond.

### **E. 1.5**

Par ailleurs, compte tenu du fait que la recourante est domiciliée dans le département G.\_\_\_\_\_, en France voisine, et qu'au jour du dépôt de la demande de rente d'invalidité, le 26 février 2003 (ci-dessus, let. B), elle était sous contrat de travail avec un employeur sis en Suisse, elle doit être qualifiée de frontalière. C'est ainsi à raison que la procédure d'instruction de la révision de la rente d'invalidité a été menée par l'autorité compétente du canton I.\_\_\_\_\_ et la décision querellée notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

## **E. 2**

Le Tribunal établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; André Moser / Michael Beusch / Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd., 2013, n° 1.55).

### **E. 2.1**

Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

### **E. 2.2**

Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constituait un indicateur de la gravité de l'affection et était exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.4 et consid. 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs susmentionné n'était pas immuable et qu'il pouvait au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques. Il sied finalement de préciser que les circonstances du cas concret doivent toujours être prises en considération, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

### **E. 3.1**

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre exemplatif : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la suppression du quart de rente d'invalidité ayant été prononcée par décision du 2 février 2016, les dispositions légales en vigueur à cette date sont applicables, dont, notamment, les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet), en force depuis le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]). La date de la décision querellée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (cf. notamment ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1).

### **E. 3.2**

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, de nationalité française, domiciliée en France, a été assurée en Suisse durant de nombreuses années (cf. ci-dessus, let. A.a et consid. 1.5). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP ; RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1 et ATF 128 V 317 consid. 1b/aa). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1)

ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 ainsi qu'à titre d'exemples, les arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3/2013 du 2 juillet 2013, consid. 3.2, et C-3985/2012 du 25 février 2013, consid. 2.1). Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et, en particulier, son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de dispositions contraires, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 257 consid. 2.4). Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

#### **E. 4**

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 2 février 2016 par laquelle l'OAIE, estimant que l'état de santé de l'assurée s'était notablement amélioré, a supprimé le quart de rente d'invalidité que A.\_\_\_\_\_ percevait jusqu'alors depuis le 1er mars 2003 (décision de l'OAIE du 27 octobre 2004). Il sied dès lors d'examiner si cette suppression de rente est justifiée, la recourante concluant à l'annulation de la décision entreprise et au maintien du quart de rente.

#### **E. 5**

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.

##### **E. 5.1**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais si ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5 et ATF 113 V 275 consid. 1a). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 141 V 9 *ibid.*, et ATF 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_160/2017 du 22 juin 2017, consid. 2.2 et les références citées). A titre d'exemple, une conclusion médicale qui diffère d'une conclusion antérieure alors que l'état de santé ne s'est effectivement pas modifié, résulte souvent d'un exercice différent de l'appréciation médicale (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_160/2017 précité, *ibid.*, et 9C\_418/2010 du 29 août 2011, consid. 4.1) ; elle ne saurait justifier une révision. Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 5.1). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in : *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, 1999, p. 15).

##### **E. 5.2**

Aux termes de l'art. 88a al. 1 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 l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient 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.

### **E. 5.3**

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où la décision octroyant ou modifiant le droit à la rente est rendue, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 et les références citées). Une simple communication à la personne assurée confirmant le droit à la rente ne peut pas être considérée comme une décision au sens de cette jurisprudence si elle ne suit pas une procédure de révision incluant un examen matériel du droit à la rente conformément aux exigences jurisprudentielles (à titre d'exemples : arrêts du Tribunal fédéral 8C\_747/2011 du 9 février 2012, consid. 4.1, et 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011, consid. 4.2).

### **E. 6.1**

En l'espèce, la suppression de la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA suite à une prétendue amélioration de l'état de santé de l'assurée étant litigieuse, il sied d'examiner si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 27 octobre 2004, au jour de la décision initiale d'octroi d'un quart de rente d'invalidité (ci-dessus, let. B), et ceux qui existaient le 2 février 2016, au moment de la décision querellée, les révisions qui ont été effectuées dans l'intervalle, initiées successivement en 2007 et 2011 (ci-dessus, let. D), ne correspondant pas aux exigences jurisprudentielles d'un examen matériel du droit à la rente (cf. ci-dessus, consid. 5.3). En effet, les révisions de 2007 et 2011 ont abouti au maintien du quart de rente d'invalidité en se basant les deux fois sur un très bref « rapport médical intermédiaire », respectivement daté des 25 juin 2007 (pce AI 29) et 10 août 2010 (pce AI 38), signé par le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre conventionné à (...) (France). Ces documents se bornaient à confirmer l'état de santé stationnaire de l'assurée. Ils ne sauraient par conséquent suffire pour considérer les deux procédures de révision précitées comme ayant occasionné un examen matériel du droit de A. \_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité.

### **E. 6.2**

Afin de pouvoir établir un motif de révision, l'administration et, en cas de recours, le Tribunal, a besoin de documents que le médecin ou, éventuellement, d'autres spécialistes doivent lui fournir (cf. ATF 117 V 283 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (cf. art. 43 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012, consid. 1.3 et les références citées).

#### **E. 6.3.1**

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (cf. notamment ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2).

### **E. 6.3.2**

Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a en outre estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.) - aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) - devaient faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit de la personne concernée à obtenir une rente d'invalidité. Cette procédure tient compte, d'une part, des facteurs d'incapacité et, d'autre part, des ressources de la personne assurée ; les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal a décrit les catégories et indicateurs suivants (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) : 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

### **E. 6.3.3**

La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'était pas nécessaire de procéder à un examen normatif tel que décrit lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (cf. ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018, consid. 3.1). Il ne fallait pas non plus procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait notamment présenté une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_341/2018 du 13 août 2018).

### **E. 6.4.1**

Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. ci-dessus, consid. 2), doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a).

### **E. 6.4.2**

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1059/2009 du 4 août 2010, consid. 1.2).

### **E. 6.4.3**

La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne saurait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médical est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale. La discussion de la genèse du problème de santé et des facteurs alimentant la maladie peut revêtir une importance particulière lorsqu'il s'agit de prouver la modification d'un état de santé psychiatrique dont le diagnostic est souvent soumis à un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2 à 4.4). Ainsi, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision de rente dépend de la question de savoir si elle se prononce de façon suffisante quant à la modification notable de l'état de santé (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_160/2017 précité, consid. 2.2, et 9C\_418/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2, publié dans SVR IV n° 18 et les références citées).

### **E. 6.4.4**

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et ATF 118 V 220 consid. 1b et les références citées). Le fait qu'un ou plusieurs médecins - même spécialistes - exposent une opinion différente ne suffit toutefois pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale ; il faut encore que ces médecins fassent état d'éléments nouveaux et pertinents (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2010, consid. 2.2 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_920/2013 du 20 mai 2014, consid. 3.4.1).

### **E. 6.4.5**

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de la même façon aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009, consid. 2.4.2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie en soi pas des doutes quant à la valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

### **E. 6.5**

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder 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 ; la vraisemblance

prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, d'importants motifs plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3). Dans le cadre d'une révision de rente, lorsque la modification notable de l'état de fait au sens de la loi n'est pas établie avec la vraisemblance prépondérante, l'état de droit antérieur reste valable conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 précité, consid. 3.1 ; cf. également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7002/2015 du 5 septembre 2017, consid. 4.3).

## **E. 7**

En l'espèce, il s'agit d'examiner si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification notable au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 27 octobre 2004, au jour de la décision initiale d'octroi d'un quart de rente d'invalidité, et ceux qui existaient le 2 février 2016, au moment de la décision querellée supprimant le droit à ladite rente, précision devant être faite que les deux procédures de révision qui ont été effectuées dans l'intervalle, en 2007 et 2011, n'ont pas amené de modification au taux d'invalidité reconnu en 2004. Les faits postérieurs ayant éventuellement modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle demande de rente d'invalidité sur laquelle l'autorité administrative compétente devra se prononcer (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b ; à titre exemplatif, voir l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_249/2015 du 13 juillet 2015, consid. 3). Cependant, le cas échéant, le Tribunal peut prendre en compte des éléments postérieurs s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2666/2015 du 15 février 2017, consid. 10 et les références citées).

## **E. 8.1**

Pour statuer sur la demande de rente d'invalidité formulée par A. \_\_\_\_\_ le 26 février 2003 et lui reconnaître un droit à un quart de rente d'invalidité, l'OAIE s'était principalement basé sur les rapports du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, datés des 7 octobre 2003 (pce AI 11) et 30 juin 2004 (pce AI 20).

### **E. 8.1.1**

Dans son rapport du 7 octobre 2003, le médecin psychiatre avait diagnostiqué une réaction dépressive prolongée (F 43.21) faisant suite à l'impossibilité pour l'intéressée de mettre au monde un second enfant ; à ce propos, elle avait subi un avortement en 2001 et une grossesse extra-utérine en 2002 ayant requis une intervention chirurgicale (p. 8). Ces événements avaient entraîné une très forte réaction chez A. \_\_\_\_\_ marquée notamment par une humeur déprimée et triste, des troubles du sommeil, une fatigue généralisée et fréquente, une perte de forces et d'énergie, des crampes d'estomac, une perte d'appétit et de libido et un sentiment de dévalorisation. Son état de santé s'améliorait périodiquement mais demeurait labile. Le Dr E. \_\_\_\_\_ avait évalué le degré de gravité des symptômes dépressifs comme faible à moyen. Un traitement à base d'antidépresseurs et une psychothérapie intensive lui avaient été prescrits.

### **E. 8.1.2**

Dans son second rapport, daté du 30 juin 2004, le Dr E. \_\_\_\_\_ avait fait mention d'une aggravation de l'état de santé psychique de A. \_\_\_\_\_ suite à la résiliation de son contrat de travail, survenue en novembre 2003 (avec effet à fin janvier 2004), qui la liait depuis 15 ans

à l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, à (...). L'assurée en avait été très affectée, se sentant inutile, au point de songer au suicide.

### **E. 8.2**

Dans le cadre de la présente procédure de révision, initiée en 2014 (pce AI 43, p. 1), A.\_\_\_\_\_ a été à nouveau expertisée, en août 2015, par le Dr E.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 11 septembre 2015 (pce AI 54), le praticien a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F 33.00). Il a relevé que la patiente souffrait par intermittence d'épisodes dépressifs, comme ce fut le cas en 2011 et 2013, puis à compter du mois de mars 2015. Par rapport à sa précédente expertise, en 2003 et 2004, le Dr E.\_\_\_\_\_ a constaté une indéniable et claire amélioration de l'état de santé psychique de A.\_\_\_\_\_. Il a notamment souligné qu'elle n'avait pas l'humeur irritable et agressive du passé, qu'elle ne faisait plus mention de pleurs continus, ni de pensées suicidaires ou de troubles du sommeil. Il a également mis en exergue le maintien de liens étroits avec son entourage - membres de la famille et amis - et ses nombreux centres d'intérêt, y compris se rapportant à sa pratique professionnelle d'infirmière. Le Dr E.\_\_\_\_\_ en a conclu que, sur le plan de la capacité de travail, une limitation à 50 % ne se justifiait nullement sur le plan psychiatrique. Au contraire, le praticien spécialiste a considéré que A.\_\_\_\_\_ disposait d'une capacité de travail à 80 % dans son activité habituelle.

### **E. 8.3**

Dans son mémoire de recours et dans ses écritures subséquentes adressées au Tribunal par l'entremise de son mandataire, A.\_\_\_\_\_ a contesté le rapport E.\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2015 et notamment produit les documents médicaux suivants : -le certificat manuscrit - très difficilement lisible - du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, daté du 16 décembre 2015, dans lequel il est notamment précisé que A.\_\_\_\_\_ souffrait d'un état anxio-dépressif fluctuant requérant la prise d'antidépresseurs. Il a au surplus précisé que la prénommée avait subi une résection rectosigmoïdienne en 2010 et fait mention des affections de nature somatique auxquelles l'assurée devait régulièrement faire face, notamment une pyélonéphrite (inflammation du rein) et des douleurs abdominales (pce AI 62, p. 2, et annexe pce TAF 1) ; -11 certificats d'arrêts de travail (du 10 au 22 mars 2015 [sans motivation], du 23 mars au 23 avril 2015 [sans motivation], du 22 avril au 23 mai 2015 [sans motivation], du 17 juin au 25 juillet 2015 [sans motivation], du 24 juillet au 30 août 2015 [motivé par un état anxio-dépressif], du 28 août au 30 septembre 2015 [sans motivation], du 28 septembre au 31 octobre 2015 [sans motivation], du 30 octobre au 30 novembre 2015 [motivé par un état dépressif], du 27 novembre 2015 au 1er janvier 2016 [motivé par un état anxio-dépressif], du 30 décembre 2015 au 31 janvier 2016 [motivé par un syndrome anxio-dépressif] et du 27 janvier au 29 février 2016 [motivé par des douleurs abdominales et un état anxio-dépressif]) signés par le Dr J.\_\_\_\_\_ (annexes pce TAF 1) ; -un écrit de la Dresse O.\_\_\_\_\_, médecin de la santé au travail, daté du 10 mars 2015, mentionnant que A.\_\_\_\_\_ présentait un syndrome anxio-dépressif justifiant un arrêt maladie (annexe pce TAF 1) ; -un certificat du Dr P.\_\_\_\_\_, daté du 2 février 2016, portant principalement sur les affections somatiques dont A.\_\_\_\_\_ a souffert depuis 2002. Il y a fait mention des antécédents et des interventions effectuées au cours des dernières années (allergies à la pénicilline et à l'iode, constipation, infections urinaires avec pyélonéphrites en 2011, 2012 et 2013, persistance d'une inertie colique, coloscopie en 2002, gastroscopie en 2007, rectosigmoïdoscopie en 2009, résection sigmoïdienne en 2010)

(annexe pce TAF 1).

## **E. 9**

Doit à présent être examinée la valeur probante de l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ du 11 septembre 2015.

### **E. 9.1**

Le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné A. \_\_\_\_\_ le 18 août 2015 durant 1h45' à son cabinet. Le praticien s'est entretenu avec l'expertisée en allemand, langue qu'elle maîtrise, et a effectué quelques examens complémentaires. A. \_\_\_\_\_ a pu exprimer ses plaintes. Dans l'établissement de son rapport d'expertise, le praticien s'est basé sur un dossier médical complet. Il a pris en considération l'anamnèse psychiatrique, somatique et sociale complète de A. \_\_\_\_\_ ainsi que les propos et les plaintes formulées par cette dernière au cours de l'entretien du 18 août 2015. Sans méconnaître les épisodes dépressifs dont avait souffert A. \_\_\_\_\_ en 2011 et 2013 et qu'elle connaissait alors depuis le mois de mars 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_, soulignant que l'intéressée avait conservé une participation adéquate à la vie sociale, a constaté une nette amélioration de son état de santé par rapport à 2003 et 2004, période durant laquelle il avait déjà expertisé A. \_\_\_\_\_. Sur la base de ces constatations, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique.

### **E. 9.2**

S'agissant de l'expertise du 11 septembre 2015, le Tribunal relève qu'elle a été établie par un expert en son domaine, lequel s'est prononcé en pleine connaissance de l'anamnèse et de l'évolution des atteintes à la santé de A. \_\_\_\_\_. L'expert a en outre tenu compte des plaintes formulées par cette dernière et a pris en considération son cadre de vie familiale et sociale. Les conclusions auxquelles il a abouti ont été dûment motivées et l'expertise ne présente aucune contradiction susceptible de la mettre en doute. Elles mettent en exergue une amélioration notable de l'état de santé psychique de A. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, contrairement à ce que cette dernière laisse entendre dans ses observations du 21 septembre 2016 (pce TAF 18), l'expert ne s'est pas contenté d'examiner sa situation au jour de l'expertise (« ici et maintenant » / « Hier und Jetzt ») mais a effectué une analyse exhaustive en tenant compte du passé et en posant un pronostic en toute connaissance de cause. Le Tribunal considère ainsi que l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ permet une appréciation convaincante de la situation, également au regard de la jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281 et ATF 143 V 409 - et des indicateurs standards (cf. ci-dessus, consid. 6.3.2) - si bien qu'un complément d'instruction n'est en l'occurrence pas nécessaire. L'expert a en effet posé sans équivoque le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F 33.00). S'agissant des traitements suivis, il ressort du rapport d'expertise que A. \_\_\_\_\_ a suivi une psychothérapie et se voit prescrire, lors d'épisodes dépressifs aigus, un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs permettant d'y faire face (pce AI 54, pp. 14 et 17). Par ailleurs, l'expert n'a retenu l'existence d'aucune comorbidité. Sur un autre plan, le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a relevé aucun trouble de la personnalité et mis en exergue un contexte social totalement préservé (pce AI 54, pp. 11 et 16). Quant au comportement de l'expertisée, le praticien a relevé qu'elle avait tendance à se focaliser sur ses plaintes et à les dramatiser, leur expression étant tantôt logique et cohérente, tantôt vague et insaisissable (pce AI 54, p. 11). Le Tribunal tient à souligner que la recourante n'a versé en cause aucun document, venant d'un médecin spécialiste en psychiatrie,

contredisant les conclusions auxquelles a abouti le Dr E. \_\_\_\_\_. Pour les raisons évoquées plus haut (cf. ci-dessus, consid. 6.4.5), les avis et certificats médicaux du Dr J. \_\_\_\_\_ ne sauraient remettre en cause l'expertise effectuée en août 2015 par un psychiatre spécialiste. Le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a en effet constaté l'existence chez A. \_\_\_\_\_, qu'il suit depuis longtemps, d'un « état anxio-dépressif fluctuant évoluant depuis 2004 » (pce AI 62, p. 2) nécessitant périodiquement un traitement à base d'antidépresseurs, diagnostic similaire à celui posé par le Dr E. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, s'agissant des certificats d'incapacité de travail, il y a de surcroît lieu de mettre en évidence le fait que plusieurs d'entre eux ne sont pas motivés. Quant à l'écrit de la Dresse O. \_\_\_\_\_, il se borne à constater que A. \_\_\_\_\_ présentait un syndrome anxio-dépressif en mars 2015 - fait que le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a par ailleurs nullement remis en cause et dont il a au contraire tenu compte dans son rapport d'expertise - et n'a traité qu'à la question de l'octroi d'un arrêt de travail. Il ne saurait ainsi être considéré comme établissant un diagnostic de l'état de santé psychique de A. \_\_\_\_\_. Au surplus, force est à l'analyse approfondie du dossier de constater que la rente AI octroyée en 2004 l'avait été en raison d'une aggravation de l'état de santé psychique de A. \_\_\_\_\_ due à la résiliation de son contrat de travail, survenue en novembre 2003, avec l'Hôpital D. \_\_\_\_\_, à (...) (cf. ci-dessus, consid. 8.1.2). Avant cela, le degré de gravité des symptômes dépressifs de l'assurée avait été qualifié par le praticien spécialiste de faible à moyen (cf. ci-dessus, consid. 8.1.1 in fine), ne justifiant pas nécessairement l'octroi d'une rente. L'assurée ayant depuis lors retrouvé une certaine stabilité professionnelle, les conclusions auxquelles a abouti le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 septembre 2015 n'apparaissent pas dénuées de toute logique.

### **E. 9.3**

Partant, le Tribunal considère que l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ datée du 11 septembre 2015 a pleine valeur probante.

### **E. 10.1**

A. \_\_\_\_\_ estime que l'autorité inférieure a omis de tenir compte de ses affections somatiques et aurait dû à tout le moins requérir une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, gastroentérologie et orthopédie ou rhumatologie [cf. réplique du 26 juillet 2016, p. 3 {pce TAF 12}]).

### **E. 10.2**

Le Tribunal ne partage pas cette appréciation. Il relève à ce propos que les problèmes intestinaux de la recourante étaient déjà présents et connus lorsque l'OAIE lui a octroyé un quart de rente d'invalidité, en 2004, sans que ceux-ci aient eu une quelconque influence sur la décision prise, ces affections n'ayant aucune incidence sur la capacité de travail de l'intéressée (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 12 octobre 2003 [pce AI 12]). Depuis lors, A. \_\_\_\_\_ a subi plusieurs interventions, lesquelles ont été exhaustivement répertoriées par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son écrit du 2 février 2016 (cf. ci-dessus, consid. 8.3). Il en ressort que la patiente souffre toujours d'inertie colique requérant un traitement continu. Rien toutefois ne permet de soupçonner une incidence durable sur la capacité de travail de l'intéressée. Aucun avis médical ne l'atteste, si bien qu'il n'y avait nulle raison pour l'autorité inférieure de diligenter une expertise gastroentérologique. Il convient encore de souligner que dans ses prises de position des 7 janvier et 4 avril 2016 (pces AI 64 et 75), le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin SMR, a examiné la question de l'impact des problèmes somatiques ressortant du dossier sur la capacité de travail de l'assurée. Le médecin SMR s'est en

particulier interrogé sur l'opportunité de l'opération de 2010, laquelle n'a en rien supprimé la constipation, précisant au surplus que, quoi qu'il en soit, cette dernière ne pouvait justifier une incapacité durable de travail.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal estime qu'il a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé psychique de la recourante s'était notablement amélioré depuis 2004 et qu'elle était en mesure de reprendre son activité professionnelle d'infirmière à un taux d'activité de 80 % depuis le 18 août 2015 à tout le moins (cf. ci-dessus, let. H.b).

#### **E. 12**

Il reste à analyser le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAIE et déterminer si le pourcentage de la diminution de la capacité de gain retenu - 4 % - est conforme au droit.

##### **E. 12.1**

Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.1).

##### **E. 12.2**

Pour les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé, on compare les activités qu'une personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité (méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI).

##### **E. 12.3**

Enfin, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte de comparaison des revenus ; cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C\_912/2015 du 18 avril 2016, consid. 4). Les deux méthodes, générale et spécifique, étaient pondérées jusqu'à présent en fonction du temps attribué à chacune des activités précitées. Ce mode de calcul revenait toutefois à tenir compte de manière disproportionnée du fait que l'activité lucrative est exercée à temps partiel, pénalisant ainsi principalement les femmes réduisant leur taux d'occupation du fait de leurs responsabilités familiales. Cette méthode a été qualifiée de discriminatoire dans un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016 en tant qu'elle viole les articles 8 et 14 CEDH (cf. ATF 143 I 50 consid. 4.4 et ATF 143 I 60 ; cf. également les arrêts du Tribunal fédéral 9C\_525/2016 du 15 mars 2017, consid. 4, et 9C\_473/2016 du 25 janvier 2017, consid. 4). Suite à la jurisprudence Di Trizio, le Conseil fédéral a élaboré un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel. Les articles 27 et 27bis RAI ont donc été modifiés au 1er janvier 2018 afin d'accorder un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels (RO 2017 7581). Dorénavant, le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative, toujours régi par l'art. 16 LPGA, se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps, la perte de gain exprimée en pourcentage étant ensuite pondérée au

moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, le calcul est, comme aujourd'hui, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI, excepté qu'il est dorénavant effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps et ensuite pondéré par la différence entre le taux d'occupation de l'assuré sans invalidité et une activité lucrative exercée à plein temps. Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 et 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). A cette fin, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. notamment ATF 141 V 15 consid. 3.1 et ATF 137 V 334 consid. 3.2). Selon l'art. 27bis al. 1 RAI, lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

#### **E. 12.4**

En l'espèce, il ressort du dossier que l'OAIE, dans sa décision datée du 2 février 2016, a fait usage de la méthode mixte en application de la législation alors en vigueur, la recourante n'ayant pas changé de statut depuis le dépôt de sa demande de prestations d'invalidité du 26 février 2003. Comme déjà indiqué précédemment (ci-dessus, consid. 3.1), cette date détermine l'application dans le temps des règles légales applicables au présent litige. Il n'y a dès lors pas lieu ici de tenir compte de la modification réglementaire entrée en vigueur le 1er janvier 2018 relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017, consid. 6.2, et 9C\_573/2017 du 23 janvier 2018, consid. 2.2).

#### **E. 12.5**

Partant, l'OAIE était en droit de procéder à l'évaluation de l'invalidité de A. \_\_\_\_\_ en prenant en considération la méthode mixte telle qu'en vigueur au jour où la décision querellée a été rendue. Quant au calcul - constatation de la capacité de travail pleine et entière de l'assurée dans son activité professionnelle habituelle à 80 % et reprise de la décision de 2004 s'agissant de la restriction de 20 % dans l'activité ménagère (sur ce dernier point, cf. pces AI 24, p. 6, et 16, pp. 1 à 6 [Abklärungsbericht Haushalt]) - aboutissant à un taux d'invalidité de 4 % (0 % +  $[1/5 \times 20 \%$ ]), il ne saurait prêter le flanc à la critique.

#### **E. 13**

Partant, le recours du 17 février 2016 (date du timbre postal) est rejeté et la décision querellée est confirmée.

**E. 14.1**

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'était acquittée le 9 mars 2016.

**E. 14.2**

Dans la mesure où la recourante succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF). (dispositif page suivante)

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