

# **BVGer C-1752/2016 vom 10. Juni 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-06-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1752\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1752_2016)

FR: TAF C-1752/2016 du 10 juin 2020

IT: TAF C-1752/2016 del 10 giugno 2020

## **Regeste**

Droit à 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**

Déposés en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais de procédure ayant été acquittée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 18 mars 2016 est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

### **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 encore précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (ci-dessus, catégorie 1) formaient le socle de base pour l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (ci-dessus, catégorie 2). Le Tribunal fédéral a également expliqué que ce catalogue d'indicateurs devait être appliqué en fonction des circonstances

de chaque cas individuel et ne constituait pas une simple "check list". En outre, il ne saurait être considéré comme immuable. Au contraire, il doit pouvoir s'adapter à de nouvelles connaissances médicales établies (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1, et 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016, consid. 4). Concernant enfin le droit intertemporel, le Tribunal fédéral a indiqué que ces indicateurs étaient également applicables aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence, soit avant le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281 consid. 8 et la référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1).

### **E. 2.3**

En l'occurrence, l'intéressé est un ressortissant français résidant en France, soit dans un Etat membre de l'Union européenne (AI pce 19). Vu la date de la demande de prestations (22 avril 2010), la date de la première décision non entrée en force comme il sera démontré plus loin (14 janvier 2013) et la date de la décision formellement attaquée dans la présente procédure (10 février 2016), les dispositions légales de droit suisse, en particulier le premier volet de la 6e révision en vigueur depuis le 1er janvier 2012, dans leur teneur le jour des décisions attaquées sont applicables. Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de l'intéressé, au jour de la (dernière) décision, soit au 10 février 2016. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à cette date (ATF 130 V 445, consid. 5 ; voir également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-31/2013 du 14 janvier 2014, consid. 3.1).

### **E. 3**

Le Tribunal administratif fédéral 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, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 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 ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd., 2013, p. 25, n. 1.55).

### **E. 4.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

### **E. 4.2**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En outre, le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

#### **E. 4.3**

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

#### **E. 4.4**

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246, consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133, consid. 2 ; ATF 114 V 310, consid. 3c ; RCC 1991, p. 329, consid. 1c).

#### **E. 4.5**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6). 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 incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b). Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

#### **E. 4.6**

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

#### **E. 4.7**

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en oeuvre par une autorité conformément aux règles de procédure dans la mesure où la tâche de l'expert est

précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352, consid. 3b ; ATF 118 V 286, consid. 1b). 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 de l'expert (ATF 125 V 351, cons. 3b ; ATF 118 V 220, consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

#### **E. 4.8**

Dans un arrêt de principe 141 V 281 du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a fixé que 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) devait être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée (par des indicateurs standards) 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). Dans un arrêt du 30 novembre 2017 (143 V 418), le Tribunal fédéral a précisé que sa jurisprudence concernant l'application d'une grille d'évaluation normative et structurée était valable pour toutes les affections psychiques (consid. 6 et 7 de l'arrêts). Le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychiques en les répartissant dans les deux catégories suivantes :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

#### **E. 4.9**

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre

2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

#### **E. 4.10**

Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (voir l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; Valterio, op. cit., n° 3085). L'art. 88bis al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2). Ces dispositions s'appliquent par analogie lors de l'octroi d'une rente limitée dans le temps.

#### **E. 5.1**

En l'occurrence, le point litigieux entre les parties est en principe le droit à la rente à partir du 1er avril 2014, alors qu'aussi bien le recourant que l'OAIE sont d'accord sur le droit aux rentes suivantes avant cette date, à savoir : - une demi-rente du 1er octobre au 28 février 2011, - une rente entière du 1er mars 2011 au 31 août 2011, - une demi-rente du 1er septembre 2011 au 30 novembre 2011, - pas de rente du 1er décembre 2011 au 31 janvier 2013, - une demi-rente du 1er février 2013 au 31 mars 2014.

#### **E. 5.2**

Le recourant fait valoir dans son courrier du 12 février 2013 (AI pce 45), son recours du 17 mars 2016 (TAF pce 1) et sa réplique du 29 juillet 2016 (TAF pce 13) que, vu son état de santé, il ne peut plus exercer son activité de laborantin à 100% depuis le début de l'année 2013. Alors que dans son courrier du 12 février 2013, il mentionnait que les douleurs lombaires avaient totalement disparu et qu'il souffrait d'un épuisement constant, il mentionne dans son recours du 17 mars 2016 qu'il souffre toujours de douleurs quotidiennes, chroniques, très invalidantes et localisées à différents endroits. Concernant le traitement psychiatrique, il a mentionné le 17 mars 2016 qu'il avait entamé très récemment un suivi psychiatrique auprès de la Dresse Dd. \_\_\_\_\_ et qu'il produirait un rapport

médical (TAF pce 1). Le 4 novembre 2016, le recourant, qui avait apparemment changé de psychiatre entre-temps, a produit un rapport médical du 13 octobre 2016 du Dr Bb. \_\_\_\_\_ (TAF pce 18). Dans son courrier du 9 avril 2018 (TAF pce 26), le recourant indique qu'il a suspendu son suivi psychiatrique pour des raisons financières. En ce qui concerne le droit à la rente, le recourant demande la poursuite du versement de la demi-rente au-delà du 31 mars 2014, voire après cette date, en substance, une augmentation à un trois quart de rente ou à une rente entière. Il produit divers certificats d'incapacité de travail, en particulier un certificat du 16 mars 2016 de med. pract. Cc. \_\_\_\_\_, selon laquelle il y avait une incapacité de travail de 50% dès le 1er avril 2015 et 60% dès le 1er janvier 2016 (TAF pce 1 annexes) et un certificat (contradictoire du même médecin du 9 avril 2018 mentionnant une incapacité de travail de 60% dès le 31 mars 2015 déjà (TAF pce 26).

### **E. 5.3**

L'OAIE respectivement l'OAI du canton C. \_\_\_\_\_ argue dans sa prise de position du 7 juin 2016 que le recourant présente une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2014 sans préciser s'il s'agit d'une amélioration de l'état de santé. Pour son appréciation, il se base sur trois expertises, à savoir l'expertise rhumatologique du Dr T. \_\_\_\_\_ d'août 2014, l'expertise psychiatrique du Dr U. \_\_\_\_\_ d'août 2014 et l'expertise neurologique du Dr W. \_\_\_\_\_ d'avril 2015. L'autorité inférieure mentionne, dans sa prise de position du 7 juin 2016, qu'en février 2013 une aggravation de l'état de santé lui a été annoncée, mais ne mentionne pas de reprise d'invalidité contrairement à la motivation de la décision du 10 février 2016. Elle se contente de mentionner que, vu la documentation médicale, il est correct d'octroyer une demi-rente limitée dans le temps pour la période du 1er février 2013 au 1er avril 2014 (TAF pce 10). et ne se prononce pas sur le motif de révision justifiant la limitation de la rente dans le temps.

### **E. 6.1**

Alors que l'OAIE basait sa décision du 10 février 2016 sur une reprise de l'invalidité après suppression de la rente, il ne se prononce plus sur cette question dans l'échange d'écritures devant le Tribunal de céans. Une telle reprise de l'invalidité est réglée à l'art. 29bis RAI : Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Par contre, le délai d'attente de 6 mois selon l'art. 29 al. 1 LAI reste applicable (ATF 142 V 547 consid. 3).

### **E. 6.2**

On est donc en présence d'un cas de reprise de rente, si les quatre conditions suivantes sont remplies : - la suppression de la rente, suite à une révision ou à l'octroi d'une rente limitée dans le temps, est entrée en force, - le degré d'invalidité atteint à nouveau le seuil ouvrant un droit à la rente, - cette aggravation intervient dans les trois ans depuis la suppression entrée en force, - l'incapacité de travail a la même origine.

### **E. 6.3**

Dans le cas présent, il faudra examiner si ces conditions sont remplies. Dans tous les cas, vu le courrier du recourant du 12 février 2013, le droit à la rente reprendra au plus tôt le 1er août 2013, à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (le 12 février 2013), un délai qui reste applicable (art.

29bis RAI en relation avec l'art. 29 al. 1 LAI, voir consid. 6.1, ATF 142 V 547 consid. 3, arrêt du TF 8C\_607/2019 du 8 novembre 2019 consid. 3.2) et non dès le 1er février 2013. C'est pourquoi le Tribunal de céans a expressément informé le recourant par courrier du 29 mars 2018 qu'il pourrait se retrouver dans une situation moins favorable pour lui que celle accordée par la décision du 10 février 2016 (reformatio in pejus, TAF pce 24). Par courrier du 9 avril 2018, le recourant a déclaré avoir pris connaissance d'un éventuel début de rente plus tardif et a maintenu son recours (TAF pce 26)

### **E. 7.1**

L'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ a traité le courrier du recourant du 12 février 2013 (AI pce 45) comme nouvelle demande de rente. Or, la première décision de rente du 14 janvier 2013 de l'OAIE (AI pce 42) n'était pas encore entrée en force à ce moment-là. Quand même c'est à juste titre que l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ n'a pas considéré le courrier du recourant comme recours contre la décision du 14 janvier 2013 de l'OAIE, car ce courrier est adressé à l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ et non au Tribunal de céans et il contient une communication d'aggravation pour l'avenir.

### **E. 7.2**

Le courrier du 12 février 2013 est une communication que l'état de santé s'est aggravé depuis janvier 2013. Cet élément a porté l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ respectivement l'OAIE a accordé au recourant à nouveau une demi-rente d'invalidité et ce pour une période limitée dans le temps, à savoir du 1er février 2013 au 31 mars 2014. Il s'agit donc d'examiner quatre éléments, à savoir : - l'aggravation de l'état de santé début 2013 - le point de départ de la rente fixé au 1er février 2013, - le degré d'invalidité fixé à 50% et conduisant à l'octroi d'une demi-rente, - le moment de la suppression de la rente fixé au 31 mars 2014.

### **E. 7.3**

Concernant l'aggravation de l'état de santé début 2013, le dossier ne contient que peu d'éléments puisque le recourant ne produit qu'un certificat médical du 1er février 2013 de la Dresse L.\_\_\_\_\_ qui ne précise pas la nature de la maladie conduisant à l'incapacité de travail, mais atteste simplement une incapacité de travail à 50% depuis le 1er février 2013 : « A.\_\_\_\_\_ nécessite une réduction du temps de travail de 50% du 1.2.13 au 28.2.13 pour maladie » (AI pce 45 page 5). Le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 7 février 2013 ne mentionne pas d'aggravation durable de l'état de santé puisque ce médecin relève un état après microhématurie et des résultats normaux concernant reste d'urine, examen de la prostate, échographie des reins (AI pce 45 pages 2 et 3). Cependant, vu la liste de symptômes (AI pce 45 page 4), probablement rédigée par le recourant lui-même et annexée au certificat de la Dresse L.\_\_\_\_\_ et au rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, les absences à la place de travail et les rapports médicaux ultérieurs (tels que celui du 3 juin 2013 du Dr N.\_\_\_\_\_ attestant des lombalgies chroniques, AI pce 63 page 2), le Tribunal de céans estime qu'il est établi que l'état de santé du recourant s'est aggravé à partir du début de l'année 2013. Cet élément n'est du reste pas contesté par l'OAIE.

### **E. 7.4**

Concernant le point de départ de la rente, le dossier contient également peu d'éléments. Comme vu plus haut, la Dresse L.\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail à 50% depuis le 1er février 2013 dans son certificat du 1er février 2013 (AI pce 45 page 5) Cependant, le recourant avait déjà communiqué l'aggravation de son état de santé à son employeur le 8 janvier 2013 selon ses dires et il semble déjà avoir bénéficié d'une réduction du temps de

travail dès fin janvier 2013. En tous les cas, il a consulté le Dr K. \_\_\_\_\_ le 30 janvier 2013 déjà (AI pce 45 pages 2 et 3). Le Dr R. \_\_\_\_\_ mentionne également une aggravation dès fin janvier 2013 dans sa prise de position du 25 octobre 2013 (AI pce 79). Il faut donc admettre une aggravation de l'état de santé dès janvier 2013. Mais comme la nouvelle demande était posée le 12 février 2013 et le délai d'attente de 6 mois selon l'art. 29 al. 1 LAI reste applicable (ATF 142 V 547 consid. 3, voir consid. 5.1) le droit à la rente reprendra au plutôt le 1er août.

#### **E. 7.5**

Concernant l'incapacité de travail et donc le degré d'invalidité dès le début de l'année 2013, les deux experts, Dr U. \_\_\_\_\_ et Dr T. \_\_\_\_\_, ont indiqué expressément dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2014 qu'ils ne pouvaient pas se prononcer sur l'état de santé avant 2014 (AI pce 101 page 31), ils mentionnent cependant une problématique de la douleur existant depuis 2009 et une exacerbation dès 2013 (AI pce 101 page 29). Faute de documentation médicale précise concernant l'état de santé pendant l'année 2013 et vu l'impossibilité de procéder à un complément d'instruction pour déterminer l'état de santé en 2013, il faut se baser, comme pour les rentes limitées dans le temps pendant l'année 2011, sur le temps de travail effectif durant l'année 2013 et admettre que l'incapacité de travail et de gain dès janvier 2013 était de 50%. En effet, le recourant a continué à travailler à 50% comme laborantin chez B. \_\_\_\_\_ de février 2013 jusqu'à son licenciement en mars 2015, ou du moins jusqu'en janvier 2014 (date de la prétendue amélioration de l'état de santé). En effet, le 4 avril 2013, le recourant mentionne dans son courriel à l'OAI du canton C. \_\_\_\_\_ que son état actuel avec une incapacité de travail de 50% est stable (AI pce 50 page 1). Dans son rapport du 3 juin 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_ indique que le recourant n'a pas pu reprendre son activité à plein temps (AI pce 63 page 2). Lors des tables rondes de l'AI avec l'employeur des 18 avril 2013 et 17 juin 2013, il est constaté que le recourant travaille à 50% depuis février 2013, 4 heures par jour, 5 jours par semaine, mais l'employeur considère que la performance de travail ne correspond pas à 50% (AI pce 66), ce qui serait un indice pour une incapacité de travail de plus de 50%. Dans son courriel du 3 septembre 2013, le recourant mentionne que 3,5 à 4 heures de travail par jour sont supportables, mais qu'à partir de 4,5 heures les douleurs augmentent aussi bien au travail que dans la vie privée (AI pce 75 page 1). Dans son rapport du 5 septembre 2013, le Dr P. \_\_\_\_\_ mentionne que le recourant travaille toujours à 50% et qu'une augmentation du temps de travail n'a pas de sens tant que l'état somatique et psychique n'est pas stabilisé (AI pce 67 pages 1 à 5). Lors des tables rondes des 17 octobre 2013, 10 décembre 2013 et 10 janvier 2014, il est constaté que le recourant travaille toujours 4 heures par jour, 5 jours par semaine (AI pces 85 et 88). Vu le fait que le recourant a effectivement travaillé à 50% au lieu de 100% pendant toute l'année 2013, que la réduction du temps de travail est due à une aggravation de l'état de santé au début de l'année 2013 et qu'aucune pièce du dossier n'atteste une capacité de travail de plus de 50% durant l'année 2013, l'octroi d'une demi-rente est correct. Comme vu plus haut, cette rente doit être octroyée dès le 1er avril 2013.

#### **E. 7.6**

Concernant le moment de la suppression de la rente, il faut examiner s'il y a un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, donc s'il y a bel et bien eu une amélioration de l'état de santé au 1er janvier 2014, comme le prétend l'OAI dans la décision du 10 février 2016, qui justifie la limitation du versement de la demi-rente au 31 mars 2014. Dans sa prise de position du 7 juin 2016, l'OAI du canton C. \_\_\_\_\_ indique qu'il faut se baser sur les

expertises psychiatrique du Dr U.\_\_\_\_\_, rhumatologique du Dr T.\_\_\_\_\_, (AI pce 101) et neurologique du Dr W.\_\_\_\_\_, (AI pce 169) : Cet office explique dans un paragraphe portant le titre « Auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen kann abgestellt werden » pourquoi ces trois expertises ont valeur probante, mais ne se prononce pas du tout sur la nécessité de la présence d'un motif de révision, donc d'une amélioration de l'état de santé pour supprimer la demi-rente à compter du 1er avril 2014. Le Tribunal de céans constate que ces trois expertises (et en particulier l'expertise psychiatrique du Dr U.\_\_\_\_\_) ont été effectuées avant le changement de jurisprudence du Tribunal fédéral fixant une procédure d'établissement de faits structurée par des indicateurs standard pour les atteintes psychiques (ATF 141 V 2981 du 3 juin 2015). C'est la raison pour laquelle le Dr U.\_\_\_\_\_ se réfère encore aux critères de Förster et non à ces nouveaux indicateurs dans son expertise psychiatrique. Ce médecin mentionne deux diagnostics psychiatriques ayant une influence sur la capacité de travail : - Épisodes dépressifs récurrents, actuellement de degré moyen (F33.1), - Trouble somatoforme douloureux persistant avec parts somatiques et psychiques (F45.4). Le Dr T.\_\_\_\_\_ mentionne également des diagnostics en principe rhumatologiques, mais qui sont également concernés par la nouvelle jurisprudence : - Généralisation de la douleur avec parts d'un syndrome de fibromyalgie (M79.7), - Index de fibromyalgie avec localisation de la douleur dans 15 des 19 points, avec symptômes très marqués ainsi que symptomatique végétative et fonctionnelle, - Signes de perception dysfonctionnelle de la douleur avec aggravation. Dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2014 (AI pce 110), les deux experts ont mentionné que les autres troubles tels que le manque de force avec picotements dans la partie gauche du corps ainsi que les douleurs du bas ventre avec irritation de la vessie (pour lesquels le recourant a consulté le Dr K.\_\_\_\_\_ en janvier et février 2013) et les nombreux troubles végétatifs et fonctionnels ainsi que l'état d'épuisement, le manque de récupération par le sommeil et le manque de concentration devaient être interprétés dans le cadre du trouble douloureux généralisé avec de nombreuses parts d'un syndrome de fibromyalgie. Ils ont mentionné que cette perception était réelle pour le recourant et conduisait à un comportement d'évitement par peur et à un retrait social. Les experts ont encore relevé que, du point de vue rhumatologique, les troubles non somatiques étaient majoritaires et allaient plus loin qu'un pur syndrome de fibromyalgie et qu'il fallait chercher leur origine dans le domaine psychiatrique. Le Dr U.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_ ont relevé qu'il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique sans influence sur la capacité de travail. En d'autres termes, tous les troubles psychiatriques présents ont une influence sur la capacité de travail. Les experts ont précisé que le trouble dépressif renforçait les douleurs, alors que les douleurs renforçaient le trouble dépressif, ce qui formait un cercle vicieux. Comme vu plus haut, l'expertise a été établie avant le changement de jurisprudence. C'est pourquoi les experts indiquent que le trouble somatoforme douloureux persistant ne remplit pas tous les critères de Förster. Ils énumèrent que de nombreux critères sont remplis, mais indiquent en particulier qu'il n'y a pas de retrait social dans tous les domaines de la vie et que l'on est plutôt en présence d'une maladie psychosomatique que d'un conflit non résolu (AI pce 101 page 29). Si on examine les indicateurs de la nouvelle jurisprudence (ce que l'OAIE aurait dû faire puisque la décision du 10 février 2016 a été rendue plusieurs mois après cette jurisprudence), on arrive au même résultat, à savoir que la plupart des indicateurs sont remplis. Même si les experts ont examiné les critères de Förster et non les indicateurs, le Tribunal de céans ne voit cependant pas pourquoi les experts retiennent une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 30% du point de vue psychiatrique. En effet, soit les critères ou indicateurs ne sont pas tous

remplis et les troubles psychiques n'ont pas de caractère invalidant puisqu'un effort de volonté pour les surmonter est exigible ; soit les critères ou indicateurs sont remplis et les troubles psychiques ne sont pas surmontables. Ce point peut cependant rester ouvert puisque seule la question d'un motif de révision est centrale.

#### **E. 7.7**

Or le Tribunal administratif fédéral ne voit justement pas en quoi consiste cette amélioration de l'état de santé qui devrait être intervenue en janvier 2014. Les trois expertises ne font état d'aucune amélioration, mais mentionne au contraire les mêmes symptômes et diagnostics qu'en 2013. Le Dr W. \_\_\_\_\_ mentionne en effet un tableau de troubles très étendu et sans corrélation organique. En juin 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_ mentionnait un tableau de lombalgies chroniques, des cervico-dorsolombalgies mécaniques chroniques qui étaient invalidantes, une cellulalgie et sensibilité diffuse à l'examen du rachis. Ce médecin relevait que la demande d'invalidité semblait pertinente compte tenu du tableau clinique actuel qui était surtout fonctionnel et ne semblait pas s'améliorer avec la rééducation (AI pce 63 page 2). Le Dr P. \_\_\_\_\_, qui traitait le recourant depuis environ 6 semaines, indiquait dans son rapport du 5 septembre 2013, un grand nombre de diagnostics (sortant en partie de son domaine de spécialisation médicale), à savoir : - troubles fonctionnels segmentaux (M99.89), - douleurs chroniques (F45.41), - syndrome d'échec de chirurgie du dos (M96.1), - statut après opération d'hernie discale L4-L5 (M51.1), - douleur dans tout le corps (R52.2), - trouble somatoforme douloureux (F45.40), - trouble d'adaptation douloureux (F62.80), - trouble du sommeil (F51.9), - dépression (F32.9), - problème avec les conditions de travail (Z56).

#### **E. 7.8**

Sur la base des indications du Dr N. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_, le Tribunal de céans conclut que les diagnostics et donc l'état de santé du recourant étaient pour l'essentiel les mêmes en 2013 et 2014. Il estime qu'aussi bien l'expertise bidisciplinaire du Dr U. \_\_\_\_\_ et Dr T. \_\_\_\_\_ que l'expertise neurologique du Dr W. \_\_\_\_\_ ont valeur probante (les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont motivées ; ATF 125 V 351 consid. 3a), mais considère que ces expertises sont une autre appréciation (pour deux des trois expertises depuis janvier 2014) d'un état de santé resté le même pour l'essentiel depuis fin janvier 2013, ce qui ne constitue pas un motif de révision (arrêts du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. supra consid. 5.10.3). Etant donné que l'OAIE ne se base que sur ces trois expertises pour prouver une amélioration de l'état de santé et que les autres pièces médicales du dossier (en particulier le rapport rhumatologique du 7 août 2015 de la Dresse X. \_\_\_\_\_ et le rapport neurologique du 22 août 2015 de la Dresse Y. \_\_\_\_\_ qui mentionnent principalement un syndrome douloureux multiloculaire chronique respectivement une douleur chronique dans tout le corps) ne démontrent pas d'amélioration en 2014 ou ultérieurement, soit jusqu'à la date de la décision attaquée du 10 février 2016, les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies puisqu'il n'y a pas de motif de révision.

#### **E. 7.9**

De plus le Tribunal administratif fédéral constate que la remarque du Dr Q.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 29 janvier 2016, selon laquelle le niveau fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne est bien conservé, paraît contradictoire aux autres pièces du dossier puisque le recourant indique qu'il doit s'allonger régulièrement, a un besoin accru de sommeil et est handicapé par les douleurs et la fatigue aussi bien dans sa vie professionnelle que dans sa vie privée. De plus le Dr U.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_ mentionnent un retrait social dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2014. Un motif de révision faisant défaut, c'est à tort que l'OAIE a supprimé la demi-rente d'invalidité à compter du 1er avril 2014.

#### **E. 7.10**

La décision du 10 février 2016 octroie la demi-rente depuis le 1er février 2013 et non depuis le 1er avril 2013. Etant donné que le recourant a été averti que la rente lui serait vraisemblablement accordée dès le 1er août 2013, donc plus tard que selon la décision du 10 février 2016, et qu'il a maintenu son recours (TAF pce 23), il n'est pas nécessaire de l'entendre à nouveau dans la présente procédure.

#### **E. 8**

En résumé, la demi-rente ne doit être versée qu'à partir du 1er août 2013, mais elle doit continuer à être versée au-delà du 31 mars 2014 puisqu'un motif de révision fait défaut. Le recours doit donc être admis pour l'essentiel et la décision du 10 février 2016 réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 2013 sans limitation dans le temps. Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au versement des prestations arriérées dues, ainsi que, le cas échéant, des intérêts moratoires dus.

#### **E. 9.1**

Vu l'issue de la cause, il n'y a en l'occurrence pas lieu de percevoir de frais de procédure (cf. art. 69 al. 2 LAI et art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui sera en conséquence restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, à charge pour ce dernier de communiquer un numéro de compte bancaire au moyen duquel le remboursement puisse intervenir.

#### **E. 9.2**

Le recourant ayant agi en étant représenté, il a droit à une indemnité de dépens (art. 64 PA ; art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par la représentante, le Tribunal lui alloue une indemnité globale de dépens de CHF 2'800.- (sans TVA [arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7527/2014 du 12 août 2015 consid. 10.2 et C-4930/2014 du 12 février 2015 consid. 12.2 et références citées]).

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