

BVGer C-2687/2017 vom 21. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2687_2017_d20170321

FR: TAF C-2687/2017 du 21 mars 2017

IT: TAF C-2687/2017 del 21 marzo 2017

Regeste

Droit à la rente | Assurance-invalidité (décision du 21 mars 2017). Décision confirmée par le TF.

Erwägungen

E. 9

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

G._____.

E. 9.1

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

C-2687/2017 Page 23 d'exécutante, avec un travail répétitif, à raison d'un 30%, ce qui ne représente pas plus de trois après-midi par semaine », ce d'autant plus que le Dr H._____ (médecin traitant spécialisé en psychiatrie et psychothérapie) a indiqué dans son rapport du 24 avril 2017 qu'une reprise d'activité professionnelle pourrait rapidement péjorer l'état de santé de l'assurée.

E. 9.2

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

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

C-2687/2017 Page 24 contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références citées ; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 9.2.1

La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire et des compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du

E. 9.2.2

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du

E. 9.3

Dans son rapport d'expertise établi le 25 août 2016, le Dr G._____, procédant à l'appréciation diagnostique, retient un état dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne (Axe I) et une personnalité état limite de type abandonnique, sub-décompensée (Axe II). Il explique que l'expertisée présente une structure de type état limite, autrement dit borderline, où prédominent l'anaclitisme ou des angoisses d'abandon, actuellement sub-décompensée. La problématique fondamentale d'identité et de complétude narcissique en évolution depuis l'adolescence est à l'origine d'une souffrance subjective et d'une symptomatologie dépressive et anxieuse depuis de nombreuses années. Une des seules composantes qui a valorisé l'assurée ces dernières années est sa relation avec sa fille. Mais là encore, le père de l'enfant semble remettre systématiquement en cause ses compétences de mère, causant une nouvelle blessure dévalorisante.

C-2687/2017 Page 26 L'expert observe en outre chez l'expertisée les critères cardinaux de l'épisode dépressif majeur, à savoir un état certes fluctuant, mais marqué par une certaine tristesse de manière constante, des difficultés à ressentir du plaisir et de l'intérêt, ainsi qu'une fatigabilité qui va de pair avec de nombreuses plaintes psychosomatiques. La récurrence, compte tenu des épisodes antérieurs, peut être retenue. L'aggravation – ou subséquemment la légère amélioration – de la symptomatologie dépressive est assez caractéristique chez les états limites. Elle évolue actuellement entre une gravité moyenne à parfois légère. L'assurée parvient néanmoins à assumer un bon nombre de tâches ménagères, ainsi que l'éducation de sa fille lorsque celle-ci est présente. Les tendances régressives se manifestent lorsqu'elle se retrouve seule chez elle, avec une tendance à l'hypocondrie ou aux somatisations. Il est classique d'observer chez les états limites, le recours aux plaintes somatiques pour médiatiser la souffrance psychique, ce qui va de pair avec la faible prise de conscience et les protège narcissiquement. Le trouble de la personnalité joue probablement un rôle défavorable dans l'évolution de la pathologie dépressive et des capacités adaptatives socio- professionnelles de l'assurée. Sur le plan mental, il existe quelques limitations relatives à l'épisode dépressif (variations de l'humeur, problèmes d'attention et de concentration), même si celui-ci pourrait être clairement amélioré moyennant l'adaptation du traitement pharmacologique. L'évolution du trouble de la personnalité, actuellement sub-décompensé, est beaucoup plus réservé compte tenu de l'importance des bénéfiques secondaires (ressources financières, risques de licenciement, compassion de l'entourage). L'on peut s'attendre à la poursuite d'une mauvaise évaluation effective et relationnelle de la réalité, entraînant des comportements de mise en échec, de fuite ou d'auto- sabotage. Soulignant une évolution régressive avec un effondrement narcissique – autrement dit de l'idéal de soi – l'expert partage l'avis de la psychiatre traitante selon lequel la patiente a perdu un certain nombre de ses compétences et se sent abandonnée par les instances supposées lui venir en aide. La dégradation est manifeste et la capacité de travail semble diminuée, même si l'on doit lui reconnaître encore un certain nombre de compétences. Le pronostic est réservé compte tenu du trouble de la personnalité, du dysfonctionnement que celui-ci induit, ainsi que de la succession d'échecs personnels, professionnels, sentimentaux qui ont fortement entamé les ressources narcissiques de l'expertisée.

C-2687/2017 Page 27 En conclusion, l'expert retient, sur la base d'un taux d'occupation de 100%, une incapacité de travail de 70%. L'expertisée est à même de reprendre depuis le mois de janvier 2016, l'exercice au maximum à 30% d'une activité lucrative sédentaire, simple et sans grandes responsabilités comme employée de bureau. Cela correspond à trois demi-journées par semaine et semble tout à fait réaliste compte tenu de la symptomatologie dépressive fluctuante qui se répercute sur le fonctionnement extra-professionnel de l'assurée et présenterait l'avantage de maintenir une certaine intégration professionnelle (OAIE doc. 113).

E. 9.4

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

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

C-2687/2017 Page 28 personnalité pathologique qui lui sous-tend ne présente aucune évolution favorable susceptible d'expliquer de manière cohérente et compréhensible une quelconque amélioration du trouble dépressif. L'expert psychiatre ne démontre pas non plus en quoi l'amélioration du trouble dépressif récurrent, nonobstant le caractère fluctuant de celui-ci, aurait été observée sur une durée juridiquement suffisante de trois mois au moins (cf. art. 88a al. 2, 1ère phrase, RAI). En particulier, il ne se détermine pas sur le fait qu'une amélioration du trouble dépressif récurrent tenue pour juridiquement déterminante à partir de janvier 2016 aurait dû survenir à partir d'octobre 2015, soit à une période durant laquelle l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier ont retenu de manière unanime une incapacité totale de travail de l'assurée. De la même manière, l'expert n'explique pas en quoi les problèmes d'attention et de concentration induits par le trouble dépressif récurrent de gravité moyenne à légère permettraient à la recourante d'exercer à 30% une activité de secrétariat. Enfin, dans la mesure où l'expert précise qu'une capacité de travail de 30% présenterait l'avantage de maintenir une certaine intégration professionnelle, il s'écarte du mandat d'expertise médicale (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 457/04 du 26 octobre 2004, in : SVR 2006 IV N° 10 consid. 4.1 avec renvois à l'ATF 107 V 20 consid. 2b ; voir également l'arrêt TAF C-5381/2017 du 25 juillet 2019 consid. 5.6). De même, en indiquant qu'une capacité de travail de 30% correspondant à trois demi-journées par semaine « semble tout à fait réaliste », l'expert fait de surcroît état d'une conjecture qui ne satisfait pas au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant dans le droit des assurances sociales (cf. consid 3.2 supra). Cela étant, force est de constater que l'expert ne décrit pas les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assurée. Il n'établit pas en quoi les faits constitutifs de la modification seraient nouveaux ni en quoi les faits préexistants se seraient substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Partant, le rapport d'expertise ne démontre aucunement en quoi une modification effective de l'état de santé et de la capacité de travail se serait produite. A ce défaut, l'expert livre son appréciation d'un état de santé et d'une capacité de travail observés lors des entretiens d'expertise effectués

les 25 janvier et 12 février 2016 et en définitive demeurés inchangés. Si une telle appréciation médicale peut suffire à l'évaluation initiale du droit à la rente, il n'en va pas de même dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente, la valeur probante

C-2687/2017 Page 29 d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépendant largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification retenue de l'état de santé, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence (cf. consid. 9.2.1 supra). A défaut d'expliquer d'une manière convaincante en quoi le trouble dépressif récurrent serait passé d'un degré de gravité sévère à moyenne voire légère et en quoi la capacité corrélative de travail serait passée de 0% à 30% (sur 100%) à partir de janvier 2016, le rapport d'expertise se révèle dépourvu de valeur probante sur ces points.

E. 9.5

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

E. 9.6

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

C-2687/2017 Page 30 respectivement d'une capacité corrélative de travail de la recourante à partir de cette date, l'OAIE échoue à rapporter la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une diminution notable du degré d'invalidité de la recourante au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. consid. 5.1 ss supra). Il en supporte les conséquences dans le sens que l'amélioration des circonstances retenue ne saurait être opposée à l'assurée laquelle continue de percevoir, jusqu'à preuve du contraire, une rente entière fondée sur une incapacité totale de travail perdurant depuis le mois d'octobre 2014 (cf. consid. 8.3 supra).

La jurisprudence dispose en effet que dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur, qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (ATF 121 V 208 consid. 6a-b et les références citées ; cf. également arrêts du TAF C-3597/2011 du 11 janvier 2013 consid. 2.5.1 ; C-6800/2014 du 26 mai 2020 consid. 15). 10. Au demeurant, la Cour de céans constate qu'en sus des troubles orthopédiques et psychiques traités ci-dessus (cf. consid. 8.1, 8.2.5 et 8.3 supra), la recourante a présenté un carcinome lobulaire invasif G2 du quadrant supéro-externe du sein droit diagnostiqué en décembre 2011 et traité par tumorectomie en janvier 2012, chimiothérapie jusqu'en juillet 2012 et radiothérapie adjuvante de juillet à août 2012 (cf. rapports des 3 décembre 2012, 26 avril 2013 et 10 septembre 2013 du Dr O._____, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie [OAIE doc. 26 p. 5, 28, 31], rapports des 25 décembre 2014, 25 et 29 avril 2015 de la Dresse U._____, [OAIE doc. 74 p. 2, 93 p. 1-7], rapport du 24 mars 2015 du Dr W._____, spécialiste en oncologie et hématologie [OAIE doc. 87], rapports des 9 et 20 mars 2015 de la Dresse R._____, [OAIE doc. 86 p. 2, 7], rapport SMR du 11 février 2014 de la Dresse N._____, [OAIE doc. 39]). De l'avis unanime des médecins traitants et SMR, l'atteinte oncologique, les traitements et la fatigue en résultant ont causé à la recourante les incapacités de travail échelonnées comme suit : – 100% à partir du 14 décembre 2011, – 60% à partir du 1er septembre 2013, – 50% à partir du 15 janvier 2014 en raison des séquelles oncologiques (effets secondaires dues à l'hormonothérapie) et des troubles psychiques,

C-2687/2017 Page 31 – 60% à partir du 1er avril 2014 pour les mêmes motifs que précités. En effet les traitements de chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie, très mal tolérés, ont entraîné d'importants effets secondaires (douleurs musculaires et articulaires invalidantes, asthénie, polyneuropathie des extrémités, épuisement permanent associé à un état anxio-dépressif réactionnel, très importants troubles cognitifs), de sorte que l'assurée a dû réduire l'exercice de son activité lucrative à 40% (sur 90%) dès le 11 avril 2014 (cf. rapports et attestations des 10 et 29 avril 2014, 25 décembre 2014 et 25 avril 2015 de la Dresse U._____, [OAIE doc. 53, 55 p. 2, 74, 93 pp. 1-7] ; rapport du 18 février 2015 du Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie [OAIE doc. 93 pp. 8-10] ; rapport du 9 mars 2015 de la Dresse R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie [OAIE doc. 86 pp. 8-12] ; rapport d'évaluation OCAS GE du 16 janvier 2015 [OAIE doc. 72]). Or, par décision du 2 juin 2014, l'OAIE a alloué les prestations suivantes à l'assurée : – une rente entière à compter du 1er décembre 2012 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% correspondant à une incapacité de travail de 100% (sur 90%) depuis le 14 décembre 2011, – une demi-rente à compter du 1er septembre 2013 compte tenu d'un degré d'invalidité de 54% correspondant à une incapacité de travail de 60% (sur 90%) dès le mois de septembre 2013, – un quart de rente à compter du 1er février 2014 compte tenu d'un degré d'invalidité de 45% correspondant à une incapacité de travail de 50% (sur 90%) dès la mi-janvier 2014. Il apparaît ainsi que l'incapacité de travail de 60% survenue dès le 1er avril 2014 n'a pas été prise en considération par l'OAIE dans ses décisions du 2 juin 2014 (cf. consid. 6 ss supra), lesquelles ne sont par conséquent assorties d'aucune force de chose décidée sur ce point. Cette aggravation de l'état de santé respectivement de gain peut dès lors être prise en considération dans le cadre de la présente procédure de révision et fonder à compter du 1er novembre 2014 – l'assurée ayant déposé la présente demande de révision le 26 novembre 2014 (cf. consid. 5.1.3.2 supra) – le droit à une demi-rente d'invalidité, non pas à une rente

entière comme réclamé par la recourante.

C-2687/2017 Page 32 11. Sur le vu de tout ce qui précède, la Cour de céans retient comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante a présenté une incapacité de travail de 60% à compter du 1er avril 2014, puis de 100% dès le 19 octobre 2014 lui ouvrant le droit à une demi-rente à compter du 1er novembre 2014 puis à une rente entière à compter du 1er janvier 2015. Partant, la décision litigieuse qui oppose à la recourante une capacité de travail de 30% (sur 100%) à compter du 19 octobre 2014 et lui alloue $\frac{3}{4}$ de rente à compter du 1er janvier 2015, doit être annulée et réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente à partir du 1er novembre 2014, puis à une rente entière à compter du 1er janvier 2015, le dossier étant retourné à l'OAIE afin qu'il détermine le montant des rentes, avec suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGA). 12. Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé. 12.1 En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. À titre exceptionnel, ils peuvent être entièrement remis (art. 63 al. 1 PA). L'art. 6 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) précise que les frais de procédure peuvent être remis totalement ou partiellement à une partie ne bénéficiant pas de l'assistance judiciaire prévue à l'art. 65 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative lorsque (a.) le recours est réglé par un désistement ou une transaction sans avoir causé un travail considérable ou (b.) pour d'autres motifs ayant trait au litige ou à la partie en cause, il ne paraît pas équitable de mettre les frais de procédure à la charge de celle-ci. En l'espèce, bien que la recourante n'ait pas obtenu gain de cause totale, ses prétentions ont été admises sur le fond dans leur quasi-totalité et la décision attaquée a été annulée et réformée. Dans ces circonstances, il ne paraît pas équitable de mettre des frais de procédure à la charge de la recourante, de sorte que ceux-ci sont entièrement remis à titre exceptionnel. Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de 800.— fr. (TAF pces 3 et 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). 12.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF, le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le

C-2687/2017 Page 33 litige. Selon l'art. 14 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phrase.). En l'espèce, la recourante ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il lui est alloué une indemnité de dépens de 2'800.- francs non soumises à la TVA (art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure. En particulier, le fait que la recourante n'obtienne une rente entière qu'à compter du 1er janvier 2015 ne saurait fonder une réduction de l'indemnité de dépens, sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente entière dès le 1er novembre 2014 n'ayant entraîné aucune incidence sur le sort de la procédure (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_288/2015 du 7 janvier 2016 consid. 4.2).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

C-2687/2017 Page 34

E. 10

Au demeurant, la Cour de céans constate qu'en sus des troubles orthopédiques et psychiques traités ci-dessus (cf. consid. 8.1, 8.2.5 et 8.3 supra), la recourante a présenté un carcinome lobulaire invasif G2 du quadrant supéro-externe du sein droit diagnostiqué en décembre 2011 et traité par tumorectomie en janvier 2012, chimiothérapie jusqu'en juillet 2012 et radiothérapie adjuvante de juillet à août 2012 (cf. rapports des 3 décembre 2012, 26 avril 2013 et 10 septembre 2013 du Dr O._____, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie [OAIE doc. 26 p. 5, 28, 31], rapports des 25 décembre 2014, 25 et 29 avril 2015 de la Dresse U._____, [OAIE doc. 74 p. 2, 93 p. 1-7], rapport du 24 mars 2015 du Dr W._____, spécialiste en oncologie et hématologie [OAIE doc. 87], rapports des 9 et 20 mars 2015 de la Dresse R._____, [OAIE doc. 86 p. 2, 7], rapport SMR du 11 février 2014 de la Dresse N._____, [OAIE doc. 39]). De l'avis unanime des médecins traitants et SMR, l'atteinte oncologique, les traitements et la fatigue en résultant ont causé à la recourante les incapacités de travail échelonnées comme suit : - 100% à partir du 14 décembre 2011, - 60% à partir du 1er septembre 2013, - 50% à partir du 15 janvier 2014 en raison des séquelles oncologiques (effets secondaires dues à l'hormonothérapie) et des troubles psychiques, - 60% à partir du 1er avril 2014 pour les mêmes motifs que précités. En effet les traitements de chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie, très mal tolérés, ont entraîné d'importants effets secondaires (douleurs musculaires et articulaires invalidantes, asthénie, polyneuropathie des extrémités, épuisement permanent associé à un état anxio-dépressif réactionnel, très importants troubles cognitifs), de sorte que l'assurée a dû réduire l'exercice de son activité lucrative à 40% (sur 90%) dès le 11 avril 2014 (cf. rapports et attestations des 10 et 29 avril 2014, 25 décembre 2014 et 25 avril 2015 de la Dresse U._____, [OAIE doc. 53, 55 p. 2, 74, 93 pp. 1-7] ; rapport du 18 février 2015 du Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie [OAIE doc. 93 pp. 8-10] ; rapport du 9 mars 2015 de la Dresse R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie [OAIE doc. 86 pp. 8-12] ; rapport d'évaluation OCAS GE du 16 janvier 2015 [OAIE doc. 72]). Or, par décision du 2 juin 2014, l'OAIE a alloué les prestations suivantes à l'assurée : - une rente entière à compter du 1er décembre 2012 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% correspondant à une incapacité de travail de 100% (sur 90%) depuis le 14 décembre 2011, - une demi-rente à compter du 1er septembre 2013 compte tenu d'un degré d'invalidité de 54% correspondant à une incapacité de travail de 60% (sur 90%) dès le mois de septembre 2013, - un quart de rente à compter du 1er février 2014 compte tenu d'un degré d'invalidité de 45% correspondant à une incapacité de travail de 50% (sur 90%) dès la mi-janvier 2014. Il apparaît ainsi que l'incapacité de travail de 60% survenue dès le 1er avril 2014 n'a pas été prise en considération par l'OAIE dans ses décisions du 2 juin 2014 (cf. consid. 6 ss supra), lesquelles ne sont par conséquent assorties d'aucune force de chose décidée sur ce point. Cette aggravation de l'état de santé respectivement de gain peut dès lors être prise en considération dans le cadre de la présente procédure de révision et fonder à compter du 1er novembre 2014 l'assurée ayant déposé la présente demande de révision le 26 novembre 2014 (cf. consid. 5.1.3.2 supra) le droit à une demi-rente d'invalidité, non pas à une rente entière comme réclamé par la recourante.

E. 11

juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 37). En outre, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de

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

C-2687/2017 Page 25

E. 12

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

E. 12.1

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

E. 12.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF, le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui

lui ont été occasionnés par le litige. Selon l'art. 14 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phrase.). En l'espèce, la recourante ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il lui est alloué une indemnité de dépens de 2'800.- francs non soumises à la TVA (art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure. En particulier, le fait que la recourante n'obtienne une rente entière qu'à compter du 1er janvier 2015 ne saurait fonder une réduction de l'indemnité de dépens, sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente entière dès le 1er novembre 2014 n'ayant entraîné aucune incidence sur le sort de la procédure (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_288/2015 du 7 janvier 2016 consid. 4.2). (Le dispositif figure à la page suivante.)

E. 14

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

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