

# **BVGer C-4287/2018 vom 21. Oktober 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-10-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4287\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4287_2018)

FR: TAF C-4287/2018 du 21 octobre 2021

IT: TAF C-4287/2018 del 21 ottobre 2021

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision du 20 juin 2018 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

### **E. 1.3**

Domiciliée en France voisine, la recourante doit être qualifiée de frontalière, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations a à bon droit été menée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton N.\_\_\_\_\_ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI).

### **E. 2.1**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Polter, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

### **E. 2.2**

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 218 consid. 2, 128 V 315, 121 V 365 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1, 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). En l'espèce, il y a donc lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à la décision du 20 juin 2018. Cela étant, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce.

### **E. 3**

Compte tenu des conclusions et motifs du recours, le litige a trait au maintien au-delà du 31 juillet 2018 du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, laquelle a été remplacée par une demi-rente d'invalidité.

### **E. 4**

Vu les éléments d'extranéités ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

#### **E. 4.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Selon l'art. 17 al. 1 LPGA la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon cette disposition (notamment : TF 9C\_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et réf.cit.). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec

une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

#### **E. 4.2**

On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et 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 réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

#### **E. 4.3**

Selon l'art. 16 LPGA, le taux d'invalidité s'évalue en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Les revenus avec et sans invalidité doivent être évalués de la manière la plus concrète possible, avec pour conséquence qu'ils se déduisent en principe des salaires réalisés par la personne assurée, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.2 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. également TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (27bis al. 2 RAI). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (27bis al. 3 RAI). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (27bis al. 4 RAI ; cf. également art. 28a LAI).

#### **E. 4.4**

Ainsi, pour fixer le taux d'invalidité, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99 ; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités). En particulier, le point de départ pour évaluer le caractère incapacitant des troubles psychiques (cf. ATF 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418; 145 V

215) est l'ensemble des constatations médicales effectuées par les médecins psychiatres (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Ces médecins - qu'ils exercent leur activité en qualité d'experts ou non - doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3).

#### **E. 4.5**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 soient dûment motivées. En matière de révision, il revient en particulier au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écarté (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; TF 9C\_4718/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2).

#### **E. 4.6**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2). Lorsqu'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire, d'établir un état de fait conforme à la réalité au regard du degré de preuve requis, il convient d'appliquer les règles générales relatives au fardeau de la preuve. Ainsi,

en cas d'absence de preuve, c'est en principe à la partie qui voulait déduire un droit du fait non prouvé d'en supporter les conséquences. Cela étant, avant de conclure à l'impossibilité d'établir les faits, il y a bel et bien lieu - conformément au principe inquisitoire - d'entreprendre tout ce qui est raisonnablement exigible pour recueillir les moyens de preuve utiles (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et 138 V 218 consid. 6 ; TF 9C\_779/2015 du 4 mai 2016 consid. 5.5, 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 3.1.3, 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 et 9C\_961/2008 du 31 novembre 2009).

## **E. 5**

Par un premier grief, la recourante reproche à l'OAIE d'avoir établi les faits de façon inexacte en retenant l'existence d'une amélioration de son état de santé entraînant la révision de sa rente complète d'invalidité avec effet au 1er août 2018.

### **E. 5.1**

On doit donner raison à la recourante. Pour évaluer les circonstances médicales pertinentes, l'autorité inférieure s'est en effet fondée essentiellement sur le rapport du Service médical régional du 9 octobre 2017 ainsi que sur les avis postérieurs de ses médecins-conseils, qui en reprennent les conclusions (OAIE pces 138 et 152, TAF pce 6). Or, selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères lorsque comme ici, un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, mais en se référant uniquement ou principalement aux rapports de médecins rattachés aux assureurs : s'il existe un doute même minime (« geringe Zweifel ») sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 p. 105; 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.3 in fine). En l'occurrence, on ne voit toutefois pas que les pièces médicales au dossier permettent d'établir, sans que le moindre doute ne subsiste, l'existence d'une modification notable des circonstances depuis l'ouverture en novembre 2007 du droit aux prestations litigieuses. En particulier, une amélioration importante de l'état de santé psychique de l'assurée ne ressort pas clairement de la comparaison entre les observations menées par les experts du bureau d'expertises médicales B.\_\_\_\_\_ et celles consignées dans le rapport du SMR du 9 octobre 2017. A l'inverse, le status de l'assurée est largement superposable que l'on se place au moment de la décision initiale de rente ou à celui de la décision attaquée. Dans un cas comme dans l'autre en effet, les symptômes principaux rapportés par les médecins examinateurs constituent une dépression chronique de l'humeur, des signes de stress, d'anxiété et de fatigue ainsi que des symptômes en lien avec une personnalité émotionnellement labile, soit une humeur instable et une mauvaise image de soi. De là, on peine à se convaincre que les atteintes psychiques de l'assurée - dont le caractère incapacitant était admis en 2007 - aient cessé au cours des dernières années de déployer leurs effets délétères. Certes, l'examen de 2017 ne met plus en évidence de troubles de l'attention et de la concertation ; par ailleurs, la médication prescrite à l'assurée en relation avec ses troubles psychiques était plus importante en 2007 ; en outre, cette dernière a déclaré aux médecins-conseils « se sentir mieux nettement mieux au niveau psychiatrique, en aucun cas dépressive ». En présence d'une thymie qualifiée de fluctuante par tous les médecins consultés, il reste néanmoins difficile pour le lecteur du rapport SMR d'octobre 2017 de déterminer si par rapport à 2007, on se trouve effectivement face à une situation nouvelle ou si l'on a simplement affaire à une appréciation différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé et ne valant pas motif de révision. Ainsi, les médecins-conseils n'expliquent pas de manière suffisamment circonstanciée en quoi l'état

de santé de l'assurée s'est modifié par rapport à la situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. En plus d'être décisive en matière de révision, une telle démonstration s'imposait pourtant d'autant plus qu'à suivre les médecins SMR, la symptomatologie rapportée en 2017 à une dysthymie ne diffère qu'en terme de sévérité de celle attribuée en 2007 au trouble dépressif majeur, d'intensité moyenne (CIM-10 F32.1). S'agissant par ailleurs du diagnostic de trouble de personnalité émotionnellement labile (F60.3-), les médecins SMR manquent également de clarté dans la mesure où ils en excluent l'effet incapacitant en raison de son caractère non décompensé, tout en observant une symptomatologie caractéristique (« L'examen objective quelques symptômes en lien avec un trouble de la personnalité émotionnellement labile : l'humeur est instable, de même que l'image de soi avec des épisodes de boulimie-anorexie » p. 11 du rapport SMR d'octobre 2017, OAIE pce 138). Or, une discussion précise apparaissait nécessaire à cet égard également, puisque ce diagnostic était qualifié d'incapacitant par les experts du bureau d'expertises médicales B.\_\_\_\_\_. Plus largement, pour être convaincants, les médecins SMR auraient dû écarter avec davantage de précision la nature incapacitante des troubles psychiques diagnostiqués, dès lors que les autres spécialistes consultés jusqu'alors - soit les psychiatres J.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ - ont systématiquement admis l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assurée ; aussi ne voit-on pas que les signes de non organicité assimilés à des « motifs d'exclusion » par les médecins SMR les dispensaient d'évaluer la situation selon la grille normative et structurée de l'ATF 141 V 281 (p. 15 du rapport SMR d'octobre 2017, OAIE pce 138 ; s'agissant des situations où une telle évaluation est superflue, cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 7.1). Dans ces conditions, on doute que le rapport SMR du 9 octobre 2017 retranscrive fidèlement la capacité de travail de l'assurée en raison de ses atteintes psychiques et suffise pour retenir à cet égard une amélioration de son état de santé. L'appréciation des Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ n'est d'ailleurs pas plus convaincante en ce qu'elle concerne le volet somatique. Ainsi, si la situation est précisément décrite en relation avec les troubles du rachis, elle apparaît avoir été abordée de façon lacunaire s'agissant du syndrome de fibromyalgie, dont le caractère incapacitant est exclu de façon schématique au « vu de la bonne intégration sociale que garde l'assurée et [...] de ses possibilités de faire le ménage, de participer à des loisirs et à des activités sociales » (p. 16 du rapport SMR d'octobre 2017, OAIE pce 138).

## **E. 5.2**

En définitive, les pièces médicales au dossier ne fondent en l'état pas de motif de révision emportant réduction de la rente litigieuse. Pour autant, on ne saurait exclure que la preuve de l'existence d'un tel motif puisse être rapportée par la mise en oeuvre d'une instruction complémentaire. En effet, si elle n'est à ce stade pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence chez l'assurée d'une évolution de son état de santé n'en demeure pas moins étayée par certains éléments. En particulier, les experts du bureau d'expertises médicales B.\_\_\_\_\_ expliquaient en 2007 que la mise en place d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique serait susceptible d'avoir un effet favorable sur la capacité de travail de l'assurée. Cette dernière ayant depuis lors bénéficié d'un tel traitement, un nouvel examen circonstancié de son état de santé semble ainsi s'imposer. Avant de faire application des règles sur le fardeau de la preuve, il s'agira donc de mettre en oeuvre le complément d'instruction qui s'impose. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour établir les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de solliciter l'appréciation du service médical de l'assurance-invalidité, qui s'est

prononcé de façon succincte et trop lacunaire sur les éléments décisifs. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). Aussi, pour établir les faits pertinents dans le cadre de la révision des prestations litigieuses, l'OAIE mettra en oeuvre - en Suisse et dans le respect des art. 44 LPGA et 72bis RAI - une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant les volets psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 147 V 79 consid. 7 et 139 V 349 consid. 3.2).

#### **E. 6**

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 20 juin 2018 doit être admis sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner les autres griefs de l'assurée et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

#### **E. 7**

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). En application des art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), une indemnité de dépens est par ailleurs allouée d'office à la recourante et est fixée à Fr. 600.- eu égard notamment à l'intervention tardive de son mandataire. (le dispositif se trouve sur la page suivante)

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