

# **BVGer C-4646/2007 vom 14. Oktober 2009**

Bundesverwaltungsgericht, 2009-10-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4646\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4646_2007)

FR: TAF C-4646/2007 du 14 octobre 2009

IT: TAF C-4646/2007 del 14 ottobre 2009

## **Regeste**

Evaluation de l'invalidité

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA. Il sied de relever encore que les nouvelles règles de procédure sont en principe immédiatement et pleinement applicables dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires (arrêt du Tribunal fédéral I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.1; ATF 130 V 560 consid. 3.1 et les références citées).

### **E. 1.3**

La recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Partant, elle a qualité pour recourir. En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

L'Accord du 21 juin 1999 conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II, qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP), le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux

travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement (CEE) n° 1408/71), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). S'agissant en l'espèce d'une ressortissante suisse résidant en France, l'art. 80a LAI rend expressément applicables, dans la présente cause, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72. Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. L'Accord, en particulier son Annexe II, ne prévoyant pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi de prestations d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

### **E. 2.2**

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), que la présente cause est régie par la LAI et par son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision litigieuse datant du 19 juin 2007, les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

### **E. 2.3**

L'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) précise les compétences des offices AI cantonaux et de l'OAIE. Ce dernier est ainsi compétent pour enregistrer et examiner les demandes des assurés domiciliés à l'étranger, sous réserve de l'art. 40 al. 2 RAI, qui règle le cas particulier des demandes des frontaliers. L'art. 40 al. 2 RAI prévoit en effet que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Il appartient à l'OAIE de notifier les décisions (art. 40 al. 2 RAI dernière phrase). L'art. 40 al. 3 RAI dispose encore que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

### **E. 3.1**

En l'espèce, suite à une procédure de révision d'office entreprise au mois de juillet 2004, l'OAIE, par décision du 19 avril 2005, a supprimé la demi-rente d'invalidité dont bénéficiait A. \_\_\_\_\_ jusqu'alors, avec effet dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision, jugeant que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré de façon notable et que le degré de son invalidité était inférieur à 40%, la recourante ayant repris son activité habituelle à 75% dès le 1er août 2004. Le 10 août 2006, l'OCAI GE a reçu une nouvelle

demande de rente AI présentée par la recourante, demande sur laquelle l'administration est entrée en matière et qu'elle a rejetée par décision du 19 juin 2007, considérant qu'il ne s'était produit aucune modification notable et objective de l'état de santé de l'assurée depuis la décision de suppression de la rente, et que la capacité de travail et le degré d'invalidité restaient inchangés. La recourante a alors interjeté recours contre cette décision, soutenant que l'aggravation de son état de santé était bien réelle et consignée dans les avis médicaux produits, et demandant principalement qu'un taux d'invalidité de 50% lui soit reconnu et qu'une demi-rente d'invalidité lui soit octroyée; elle verse de nouvelles pièces médicales au dossier.

### **E. 3.2**

Lorsqu'une rente a été refusée - ou, comme en l'espèce, supprimée - parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et al. 4 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_669/2008 du 27 février 2009). Quand elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond. Lorsqu'elle entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations - ou, comme en l'espèce, après la suppression de celles-ci -, l'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait (relative à l'état de santé ou la situation économique) s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue, à son sens, plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si l'administration constate que la situation de fait ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, 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 décision de refus de prestations - ou de suppression de celles-ci - et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009, ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge. En effet, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2, ATF 117 V 198 consid. 3a, ATF 109 V 108 consid. 2).

### **E. 3.3**

En l'espèce, l'administration étant entrée en matière sur la demande de prestations, pour ensuite la rejeter, le Tribunal de céans doit examiner dans un premier temps si c'est à juste titre que l'autorité inférieure a jugé que l'invalidité de la recourante n'avait pas subi de modification notable, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 19 avril 2005, dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente (suppression), et ceux qui ont existé jusqu'au 19 juin 2007, date de la décision litigieuse. Si tel n'est pas le cas, le Tribunal examinera encore si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations.

#### **E. 4**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, la recourante doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations.

#### **E. 5.1**

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

#### **E. 5.2**

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

#### **E. 5.3**

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

#### **E. 5.4**

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

### **E. 6.1**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C\_236/2008 du 4 août 2008).

### **E. 6.2**

Il convient de relever que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

### **E. 7.1**

Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, 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). L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le service médical régional lui-même, bien que l'art. 49 al. 2 RAI prévoie de tels examens au besoin, mais contient 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. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1; voir consid. 8.3). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

## **E. 7.2**

Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

### **E. 7.3**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 8.1**

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).

### **E. 8.2**

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. 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

### **E. 8.3**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant 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 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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 et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, publié dans: Plädoyer 2009 p.

72 ss). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois 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).

#### **E. 8.4**

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsqu'en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

#### **E. 9.1**

A la lecture des pièces au dossier, il apparaît établi qu'à l'époque de la décision de suppression de la rente, la recourante souffrait des séquelles de l'accident de la route survenu en août 2000, soit une raideur en flexion du coude droit, une perte de force à la main droite, une instabilité et une raideur en flexion du genou gauche, une raideur de l'avant-pied et du gros orteil droits et un petit raccourcissement du membre inférieur gauche, ainsi qu'une persistance des douleurs du membre inférieur gauche, en particulier du genou et de la hanche, et du pied droit, et une adhérence des cicatrices présentes sur les quatre membres. De l'avis des médecins, l'état de A. \_\_\_\_\_ était stationnaire, voire en légère amélioration, et impliquait en particulier les limitations fonctionnelles suivantes: une limitation des déplacements et des mouvements des membres ou du dos, une incapacité à lever, porter ou déplacer des charges de plus de 3 kg, à se baisser, s'accroupir ou s'agenouiller, à travailler en hauteur ou sur une échelle. Ces diagnostics et observations ressortent tant des rapports du Dr B. \_\_\_\_\_ des 21 juin et 26 août 2004 que du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 31 août 2004. Il est également établi que l'assurée a repris, au cours de l'année 2004, l'exercice de son activité habituelle à hauteur de 75%, taux approuvé par les médecins consultés. Ces constats ont conduit le SMR à estimer, dans son avis du 17 février 2005, que les atteintes à la santé de la recourante permettaient l'exercice de sa dernière activité à hauteur de 75%, et l'OAIE, à supprimer la rente d'invalidité de l'assurée, jugeant

que son état de santé s'était amélioré au point que le degré de son invalidité ne donnait plus droit à une rente AI. La décision de suppression de la rente, du 19 avril 2005, n'a pas été contestée en son temps et est entrée en force.

## **E. 9.2**

Lors de la nouvelle demande présentée par la recourante, l'autorité inférieure a considéré, dans sa décision du 19 juin 2007, qu'il ne s'était produit aucune modification notable des circonstances, de sorte que la capacité de travail et le degré d'invalidité demeuraient inchangés. La recourante le conteste, se déclarant principalement incapable de travailler à plus de 50%.

### **E. 9.2.1**

Or, dans le cadre de cette nouvelle demande et au cours de la procédure de recours, de nouveaux rapports médicaux ont été produits, dont celui du Dr B. \_\_\_\_\_ du 1er décembre 2006, ceux du Dr C. \_\_\_\_\_ des 25 janvier et 2 mai 2007 et ceux du Pr D. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2006 et des 22 mars, 4 avril et 7 juin 2007. Ont également été versés au dossier, lors de la procédure de recours, un certain nombre de documents médicaux établis entre 2002 et 2004 et trois certificats postérieurs au prononcé de la décision litigieuse. Les premiers étant antérieurs à la décision du 19 avril 2005 entrée en force et ne faisant que confirmer des éléments médicaux connus, il n'en sera pas tenu compte dans la présente cause. Quant aux trois certificats postérieurs à la décision du 19 juin 2007, ils ne seront pris en considération que dans la mesure où ils concernent la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, à savoir la période entre le 19 avril 2005 et le 19 juin 2007; tel est le cas du certificat du Dr C. \_\_\_\_\_ du 21 août 2007, alors que ceux des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, du 27 août 2007 et du 14 juillet 2008, relatent et évaluent la situation de la recourante au moment où ils sont rédigés.

### **E. 9.2.2**

Ainsi, le Dr B. \_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise établi dans le cadre de la procédure en cours devant le TGI de X. \_\_\_\_\_ concernant l'accident de la route du 5 août 2000, fait état de douleurs et d'un oedème du pied droit qui auraient nécessité une hospitalisation de l'assurée pour quelques jours en octobre 2005, puis une intervention chirurgicale le 24 janvier 2006, pour ablation du matériel orthopédique du pied droit; au 1er décembre 2006, date de son rapport, le Dr B. \_\_\_\_\_ constate en particulier une raideur du coude droit, une persistance de la baisse de force de flexion avant-bras/bras, une limitation de flexion du 1er et 2e orteils droits, un affaissement constitutionnel de l'arche antérieur des deux pieds et une hyperkératose du talon droit, ainsi qu'une légère boiterie à droite, concluant que l'état de santé de l'assurée est globalement inchangé après une aggravation temporaire survenue depuis son examen du 17 juin 2004, aggravation ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 24 janvier 2006 et une période de convalescence que le médecin estime achevée au 24 novembre 2006, date à laquelle il place la consolidation de l'aggravation, sous réserves de l'évolution du genou gauche, du pied droit et du coude gauche. Pour sa part, le Pr D. \_\_\_\_\_, qui a soigné la recourante dès août 2000 (OCAI GE pce 1), retient, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, les atteintes à la santé dues à l'accident de la route et fait les mêmes observations dans chacun de ses rapports, établis du 24 novembre 2006 au 7 juin 2007, à savoir des douleurs du coude droit et de la sphère pelvienne, une laxité et des douleurs du genou gauche et des troubles fonctionnels du pied droit. Il atteste une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis avril 2005, sous

forme d'une augmentation du syndrome douloureux du genou gauche et du pied droit, et considère que cet état est stationnaire. Quant au Dr C. \_\_\_\_\_, il fait principalement état, dans ses rapports, de douleurs du membre inférieur gauche et du pied droit, ainsi que d'un enraidissement de l'avant-pied droit. Il estime que les douleurs survenues suite à la reprise du travail en 2005, douleurs qui se sont aggravées s'agissant du genou gauche et maintenues concernant le pied droit, ont rendu indispensable l'opération subie en janvier 2006. En outre, il juge que l'état de santé de la recourante n'est pas consolidé, des interventions chirurgicales pouvant s'avérer nécessaires au niveau du genou gauche notamment. Sur la base de ces rapports, le SMR, mandaté par l'OCAI GE et qui avait dans un premier temps jugé que l'état de santé de la recourante ne présentait pas d'aggravation notable, a modifié son point de vue en procédure de recours et estimé, dans son avis du 26 septembre 2007, que la situation de l'assurée semblait s'être aggravée sur le plan médical depuis janvier 2006, lorsqu'elle a été opérée.

### **E. 9.2.3**

L'autorité de céans relève dès lors que si, tout comme à l'époque de la décision de suppression de la rente, la recourante continue à souffrir des séquelles de l'accident de la route survenu en août 2000, son état s'est aggravé depuis cette époque, en particulier au niveau des douleurs ressenties, au point de nécessiter une intervention chirurgicale en janvier 2006, de même que la prescription de chaussures orthopédiques en mai 2006. Tous les médecins qui se sont prononcés en la présente cause s'accordent d'ailleurs à cet égard, de sorte qu'il sied de constater que tant les médecins traitants de l'assurée que le Dr B. \_\_\_\_\_, officiant comme expert auprès du TGI de X. \_\_\_\_\_, et le SMR se rejoignent sur le fait qu'une modification des circonstances, dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, propre à influencer sur son degré d'invalidité, s'est bel et bien produite depuis la décision du 19 avril 2005, ce que l'autorité inférieure reconnaît d'ailleurs elle aussi.

### **E. 9.3**

Cela étant, la Cour observe, après examen, que les avis des médecins, qui s'accordent concernant l'aggravation de l'état de santé de la recourante, sont également concordants quant au fait que cette aggravation a eu des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Ils divergent toutefois s'agissant tant de l'évaluation du degré d'incapacité de travail que de la date à partir de laquelle cette incapacité de travail est intervenue et de son caractère temporaire ou durable.

#### **E. 9.3.1**

En effet, pour le Dr B. \_\_\_\_\_, expert ayant examiné l'assurée à plusieurs reprises à la demande du TGI de X. \_\_\_\_\_, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée s'est révélée en octobre 2005 déjà, par une hospitalisation à laquelle il est par ailleurs seul à faire référence, et présente un caractère temporaire, qu'il motive par le constat qu'à partir du 24 novembre 2006, soit après une période de convalescence suivant l'opération de janvier 2006, l'état de la recourante serait à nouveau comparable à son état avant l'aggravation et serait consolidé. Le Dr B. \_\_\_\_\_ conclut donc que l'incapacité de travail en relation avec l'aggravation a été totale du 27 octobre au 17 novembre 2005 et du 24 janvier au 26 février 2006, périodes d'hospitalisation, partielle à 50% du 18 novembre 2005 au 23 janvier 2006 et du 27 février au 24 novembre 2006; à partir du 24 novembre 2006, la capacité de travail serait de 75%. De son côté, le Pr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui, rappelons-le, a soigné la recourante dès août 2000, tout comme le Dr C. \_\_\_\_\_, estime

pour sa part qu'il y a eu une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis avril 2005 et que cet état est stationnaire; il évalue l'incapacité de travail à 50%, sans toutefois préciser si cela concerne toute activité professionnelle ou seulement l'activité habituelle, et juge que cette incapacité ne peut être améliorée, concluant implicitement à son caractère durable. Ses conclusions ne sont cependant que peu motivées, le Pr D.\_\_\_\_\_ ne décrivant pas en particulier de limitations fonctionnelles pouvant expliquer une diminution de la capacité de travail, et ne permettent pas de déterminer le point de départ de l'incapacité de travail. Enfin, s'agissant du Dr C.\_\_\_\_\_, également spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie du pied et de la cheville, il juge, contrairement au Dr B.\_\_\_\_\_, que l'état de santé de la recourante n'est pas consolidé et conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité en position debout continue avec port de charge, telle que l'activité habituelle de la recourante, et à une capacité de travail de 75 à 80% dans une activité adaptée en position assise sans déplacement conséquent ni port de charge. Ses conclusions, sommairement motivées, mais précises concernant les taux de capacité de travail dans diverses activités et les limitations fonctionnelles de l'assurée, sont, tout comme celles du Pr D.\_\_\_\_\_, peu claires quant à la date à laquelle l'incapacité de travail est intervenue. En particulier, il ne se prononce pas sur l'intervention chirurgicale de janvier 2006 et d'un éventuel arrêt de travail dans ce cadre. Ainsi, si deux des trois médecins consultés considèrent que l'aggravation de l'état de santé est durable, aucun des trois n'arrive aux mêmes conclusions s'agissant de la capacité de travail résiduelle. En outre, seul le Dr B.\_\_\_\_\_ précise clairement à quelle date la capacité de travail aurait diminué, en raison de l'aggravation de l'état de santé de la recourante; toutefois, aucune pièce au dossier ne vient corroborer ses affirmations sur une incapacité de travail de 100% et de 50% déjà à partir d'octobre 2005. En effet, le questionnaire pour l'employeur daté du 18 mai 2007 mentionne que la recourante a travaillé à 75% du 1er mars au 31 décembre 2005, puis à 50% en 2006 et dès janvier 2007; quant au Dr C.\_\_\_\_\_, dans son certificat médical du 2 mai 2007, il atteste une incapacité de travail de 25% dès le 1er août 2004, de 100% du 24 janvier au 26 février 2006 et de 50% dès le 27 février 2006, sans faire référence à une éventuelle incapacité antérieure à ces dates.

### **E. 9.3.2**

Quant au SMR, qui, sur la base d'avis médicaux en grande partie identiques à ceux produits en procédure de recours, avait déclaré, lors de l'instruction de la nouvelle demande de la recourante, qu'il n'y avait pas d'aggravation notable de l'état de santé, il conclut en procédure de recours à une capacité de travail, depuis le 27 février 2006, de 50% dans l'activité habituelle de vendeuse en parfumerie-pharmacie, qui s'exerce debout, et de 75% dans une activité adaptée, s'approchant en cela de l'opinion du Dr C.\_\_\_\_\_, sans pourtant présenter de motifs expliquant une telle conclusion, ni discuter les imprécisions des documents soumis à son examen. Sur cette base, l'OCAI GE, dans son préavis du 5 octobre 2007, a alors retenu, depuis janvier 2006, une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante et conclut au renvoi du dossier à son Office pour le calcul du degré d'invalidité de l'assurée et l'examen de son éventuel droit à des mesures d'ordre professionnel. De son côté, la recourante a principalement conclu à une invalidité de 50% et à l'octroi d'une demi-rente.

### **E. 9.3.3**

Au vu de ce qui précède, il apparaît malaisé à l'autorité de céans de tirer des divergences d'opinion des médecins une conclusion claire sur la capacité de travail de la recourante. En

outre, aucune de ces opinions ne saurait l'emporter sur les autres, étant toutes peu précises sur certains points ou trop peu fondées pour être suffisamment convaincantes, y compris celles du Dr B.\_\_\_\_\_, expert indépendant, qui n'a toutefois pas été mandaté par l'assurance-invalidité suisse et que les avis des médecins traitants de la recourante contredisent. Or, quand bien même les observations du Dr B.\_\_\_\_\_ sont celles d'un expert indépendant, tenu pour être exempt d'un certain parti-pris en faveur de l'assurée et présenter plus d'objectivité, les constats des médecins traitants de la recourante, qui pourraient se montrer plus favorables à son égard, doivent également être pris en compte, dans la mesure où ces médecins soignent l'intéressée depuis son accident et bénéficient ainsi d'un suivi régulier et approfondi.

#### **E. 10**

La Cour est donc d'avis qu'en l'espèce, si l'on peut, sur la base de la documentation versée au dossier, constater une modification des circonstances dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 19 avril 2005, il n'est pas possible par contre de parvenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, à une conclusion quant au degré d'incapacité de travail de l'assurée, à la date à partir de laquelle cette incapacité est intervenue et à son caractère temporaire ou durable, les rapports médicaux versés au dossier ne répondant pas sur ce point aux exigences jurisprudentielles. Dès lors, le Tribunal de céans n'est en mesure de se rallier à cet égard ni aux conclusions de l'autorité inférieure et de l'OCAI GE, ni à celles de leur médecin-conseil, ni à celles de la recourante. Partant, le recours doit être admis, en ce sens que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, afin que soit entreprise, par toute mesure utile, une instruction complémentaire propre à établir avec précision le degré d'incapacité de travail de la recourante, la date à partir de laquelle cette incapacité de travail est intervenue et son caractère durable ou temporaire, et ainsi à déterminer si l'aggravation constatée de l'état de santé de la recourante est de nature à fonder une invalidité donnant droit à des prestations (art. 61 PA). Une nouvelle décision sera prise, notifiée à la recourante par l'OAIE (art. 40 al. 2 RAI). Vu l'issue du litige, les autres conclusions du recours sont sans objet et la question de la violation du principe de l'instruction d'office et du droit d'être entendu peut rester ouverte.

#### **E. 11**

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et al. 2 PA). L'avance de frais de Fr. XXX.- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Vu l'issue du litige, il convient d'allouer une indemnité de dépens à la partie recourante de Fr. XXX.-, à charge de l'autorité inférieure (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]).