

# **BVGer C-464/2008 vom 23. Februar 2011**

Bundesverwaltungsgericht, 2011-02-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-464\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-464_2008)

FR: TAF C-464/2008 du 23 février 2011

IT: TAF C-464/2008 del 23 febbraio 2011

## **Regeste**

Evaluation de l'invalidité

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif 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 autrement. 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) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

### **E. 1.3**

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

### **E. 1.4**

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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), 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). 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. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

### **E. 2.2**

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'une ressortissante de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

### **E. 2.3**

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

### **E. 3**

L'examen du droit aux prestations est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Par conséquent, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables à la présente cause dont la décision dont est recours est datée du 19 décembre 2007.

### **E. 4.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

### **E. 4.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, 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. 28 al.1ter LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

#### **E. 5.1**

Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

#### **E. 5.2**

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

#### **E. 5.3**

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

#### **E. 5.4**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

#### **E. 5.5**

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des

preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). En l'espèce, l'octroi de la rente entière par décision du 20 décembre 2002 de l'OAI-BL et la décision de suppression de rente du 19 décembre 2007 de l'OAIE sont la base de comparaison de l'état de santé de la recourante.

### **E. 6.1**

En application de l'art. 53 al. 1 LPGA, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. ATF 125 V 368; 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3; 121 V 4 consid. 6; 119 V 183 consid. 3a, 477 consid. 1a; 117 V 12 consid. 2a).

### **E. 6.2**

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3). Par le biais de la reconsidération, une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits peuvent être corrigées (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008). Un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à l'aune de critères plus restrictifs actuels (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_45/2007 du 25 septembre 2007 consid. 3.2 et l'ATF 130 V 352). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 135 V 215 consid. 5.1.1, 129 V 200 consid. 1.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions de base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen approfondi des faits. Si la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit, il n'y a pas place pour une reconsidération; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/2006 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En d'autres termes, en présence d'un rapport fiable à la base de la décision prise, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête ou de l'examen que s'il est évident que le document en question repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait au sens de l'art. 17 LPGA justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en cause soit maintenue (arrêt du Tribunal fédéral I 222/02 du 19 décembre 2002

consid. 5.1).

### **E. 6.3**

En l'espèce, dans sa réponse au recours du 25 février 2008, l'OAIE, respectivement l'OAI-BL dans sa détermination du 21 février 2008, a fondé la suppression de la rente de l'intéressée au motif d'une nette amélioration de santé tant somatique que psychologique justifiant une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA et a, in fine de sa réponse, évoqué que s'il ne devait pas être retenue une amélioration de l'état de santé de l'intéressée il y avait lieu de retenir que la décision du 20 décembre 2002 avait été prise de façon erronée ne justifiant pas l'octroi d'une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité de 100%. En ce faisant, bien que l'administration ne l'ait pas expressément indiqué, il est fait référence à une reconsidération de la décision initiale du 20 décembre 2002. Or le Tribunal de céans ne peut en aucun cas souscrire à cette argumentation subsidiaire du fait que la décision du 20 décembre 2002 s'est fondée sur un rapport d'expertise dont les conclusions ne sauraient être qualifiées de manifestement erronées comme l'exige la jurisprudence pour justifier une reconsidération. En effet, si ce rapport a retenu le diagnostic post-accident du 31 juillet 1997 de distorsion de la colonne cervicale et vertébrale, trouble dépressif d'intensité légère à moyenne avec syndrome somatique, rétrécissement du champ visuel concentrique de cause indéterminée, concluant pour l'essentiel et de façon déterminante à un lourd trouble fonctionnel neuropsychologique entraînant une limitation de la capacité de travail de 80%, qui put être éventuellement appréciée à un taux moins élevé, les Drs G.\_\_\_\_\_ en date du 30 avril 2001 et H.\_\_\_\_\_ en date du 19 octobre 2001 (cf. supra B.) établirent des diagnostics allant dans le sens des constatations des experts du MEDAS. Toutefois, il est vrai, d'autres rapports médicaux au dossier ne partageaient pas ces conclusions défavorables. Il n'en demeure pas moins qu'il ne peut être retenu avec le recul une appréciation manifestement erronée s'agissant de l'expertise MEDAS. Il y a donc lieu d'examiner le cas sous le seul angle de l'amélioration de l'état de santé en application de l'art. 17 LPGA.

### **E. 7.1**

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

### **E. 7.2**

Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de

l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

### **E. 8.1**

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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.

### **E. 8.2**

Le tribunal des assurances 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 352 consid. 3a et réf. cit.).

### **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; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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). 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 (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14

septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). 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. 9.1**

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI-E était fondé, par sa décision du 19 décembre 2007, à supprimer à partir du 1er février 2008, en application de l'art. 17 LPGA, la rente entière d'invalidité dont bénéficiait la recourante depuis le 1er avril 2002 au motif d'une amélioration sensible de son état de santé lui permettant de reprendre une activité du type de son ancienne activité ou plus généralement qualifiée de légère à moyenne.

### **E. 9.2**

Lors de l'octroi de la rente entière par décision du 20 décembre 2002, l'OAI-BL a principalement pris en compte le rapport MEDAS faisant notamment état d'une distorsion de la colonne cervicale et vertébrale, d'un trouble dépressif d'intensité légère à moyenne avec syndrome somatique, d'un rétrécissement du champ visuel concentrique de cause indéterminée. La Dresse I. \_\_\_\_\_ avait également retenu en date du 11 juin 2001 le diagnostic de cervicalgies chroniques, consécutives à un coup du lapin irradiant au bras, de fibromyalgie diffuse, de syndrome subjectif des traumatisés, de migraines, d'un syndrome anxio-dépressif, de vertiges. Quelques semaines auparavant, le Dr G. \_\_\_\_\_ du CHM renouvelait le 30 avril 2001 le diagnostic déjà posé en octobre 2000 de syndrome subjectif des traumatisés du rachis cervical accompagné de cervicalgies chroniques étagées de C2 à C5 avec migraines imbriquées, fibromyalgie et réactions anxio-dépressives. Sur le plan psychiatrique, le Dr H. \_\_\_\_\_ retint en date du 19 octobre 2001 le diagnostic de syndrome dépressif d'allure durable névrotico-réactionnelle s'étant progressivement constitué au cours des dernières années caractérisé par une angoisse du lendemain, une humeur dépressive, un *taedium vitae*, un repli sur soi, une perte du goût au plaisir, un sentiment de culpabilité, une fatigabilité excessive, de la dysthymie. Il appert de ces diagnostics concordant un status pouvant être retenu comme invalidant notamment en raison des atteintes psychologiques, ce que le Dr L. \_\_\_\_\_ retint dans son rapport du 11 octobre 2004, soit quelque 2 ans plus tard, relevant une pleine capacité de travail sur le plan somatique mais une incapacité de travail en raison des affects de type psycho et neuro-psychiatrique mettant par ailleurs en doute une amélioration future de l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychiatrique mais en réservant l'avis d'un expert psychiatre. L'autorité inférieure, respectivement l'OAI-BL, relève à juste titre que l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique n'est pas déterminante du fait qu'elle n'émane pas d'un spécialiste. Le Tribunal de céans ne peut que confirmer cette constatation mais retient qu'à l'automne 2004 il peut être admis que sur le plan somatique l'intéressée ne présentait plus d'atteinte à sa santé d'ordre somatique, notamment de douleurs consécutives au coup du lapin d'une intensité déterminante au plan de l'assurance-invalidité, et que ses atteintes à la santé n'étaient plus que d'origine psychologique dans la mesure de leur réelle intensité, ce que les documents au dossier ne permettent pas d'apprécier jusqu'au rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre. Dans son rapport d'expertise du 12 avril 2006, le Dr M. \_\_\_\_\_ releva les plaintes de douleurs multiples récurrentes ne pouvant être traitées, de scintillement de la vision associés à des maux de tête, de vertiges en relation éventuelle avec la médication suivie, de cervicalgies et

lombalgies, de fatigue et de manque d'entrain, notant une stature mince, un visage à la tristesse très marquée, un discours atone adéquat et informatif, sans déficience de la pensée détectable, posant le diagnostic de dépression chronique avec attitude craintive prononcée et sentiment de surmenage, status qualifié de lourde problématique psychique entraînant une incapacité de travail de 100%. Mais ce médecin nota aussi des chances de reprise de travail graduellement parallèlement à un suivi psychologique. Il n'appert pas du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ une amélioration de santé de l'intéressée sur le plan psychologique, une détérioration de type épisodique est même décelable de l'impression laissée par l'intéressée à l'expert si l'on se réfère au rapport médical du Dr N. \_\_\_\_\_ du 29 mai 2006 n'ayant relevé, en passant, aucun signe dépressif à l'examen clinique. Or, il appert de l'expertise ABI de 2007 un status psychologique nettement amélioré. L'expertise relève en effet une impression soignée et un âge en rapport, une attitude cordiale coopérante ouverte envers l'expert, un discours quelque peu atone, un status orienté et clair, une relation aux réalités, des idées et une pensée non altérées, une expression aisée tant en français qu'en allemand, soit le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixtes (CIM-10 F41.2) et de syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (CIM-10 F59) sans objectivation des plaintes somatiques avec un trouble d'idéation de la douleur. Le rapport relève par ailleurs notamment un status de future mère d'un deuxième enfant attendu positivement, un intérêt pour le suivi scolaire de son premier enfant et l'utilisation régulière d'une voiture personnelle, soit des éléments déterminant confirmant une nette amélioration de l'état de santé psychologique - et aussi somatique au niveau de la mobilité de la nuque du fait de la conduite automobile - de l'intéressée dont on peut inférer une pleine capacité de travail dans une activité légère à moyenne sans qu'il y ait lieu de procéder à d'autres examens médicaux, notamment neuro-radiologiques, car le rapport d'expertise ABI, très fouillé, conclut matériellement à un status permettant une pleine capacité de travail dans une activité légère à moyenne, ce que l'intéressée n'était pas en mesure d'accomplir en tout cas en 2004 à quelque pourcentage que ce soit à lecture de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_. Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'administration a retenu une pleine capacité de travail de l'intéressée ensuite d'une nette amélioration de son état de santé à partir de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, amélioration que l'intéressée n'a pas démentie d'ailleurs concrètement par des rapports médicaux ultérieurs au rapport ABI complet et déterminant. En effet, la recourante n'a motivé son recours essentiellement qu'en opposant les conclusions de l'expertise ABI à celles réalisées antérieurement sans pour autant démontrer objectivement et preuves à l'appui que les conclusions tirées de l'expertise ABI effectuées en 2007 étaient contradictoires à des examens médicaux de la même période ou ultérieurs jusqu'à la décision entreprise.

#### **E. 10.1**

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

#### **E. 10.2**

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un

emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

### **E. 10.3**

Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

### **E. 10.4**

En l'espèce, dans la mesure où la capacité de travail de l'intéressée est de 100% dans son ancienne activité ou une activité analogue légère dans la vente, le revenu qu'elle pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité actuelle de travail correspond à une incapacité de gain de 0% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; 104 V 135 consid. 2b). Dans cette approche de l'invalidité économique, il n'y a pas lieu de prendre en compte un abattement pour raisons personnelles du fait même que les experts du rapport ABI ont estimé que la capacité de travail de l'intéressée, tous aspects pris en compte, était de 100% dans son ancienne activité ou une activité adaptée assimilée. Le Tribunal de céans peut ainsi confirmer cette appréciation et le résultat de la détermination économique de l'invalidité effectuée par l'administration ne retenant aucune invalidité. Même s'il fallait prendre en compte quelques circonstances personnelles comme le fait de n'avoir pas retravaillé depuis de nombreuses années et d'être limitée à des travaux dits légers, justifiant un abattement de quelque 10% sur le gain de substitution avec invalidité, il se trouve qu'une incapacité de gain de 40% au moins sur une année ne saurait être retenue.

### **E. 10.5**

Vu ce qui précède le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2008 doit être nié et le recours, mal fondé, être rejeté.

### **E. 11**

Dans le cadre de cette révision de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3) ou son maintien si, comme en l'espèce, l'intéressée est encore relativement jeune.

### **E. 12.1**

La présente procédure est en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Dans un courrier joint au recours du 23 janvier 2008, la recourante, représentée par son avocat, a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire totale et le 19 février 2008 a transmis les documents requis.

### **E. 12.2**

Aux termes de l'art. 65 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont les conclusions ne paraissent pas d'emblée vouées à l'échec est, à sa demande, dispensée par l'autorité de recours, son président ou le juge instructeur de payer les frais de procédure. L'autorité de recours, son président ou le juge instructeur attribue en outre un avocat à cette partie si la sauvegarde de ses droits le requiert (art. 65 al. 2 PA). La jurisprudence a précisé que l'assistance judiciaire ne sera admise que s'il apparaît que dans un cas d'espèce, les chances de succès du recours sont supérieures à celles de son rejet ou du moins, si elles ne sont pas trop inférieures à celles-ci. L'autorité saisie de la requête doit, sur la base des pièces à sa disposition, procéder à une appréciation anticipée et sommaire des preuves pour déterminer quelle pourrait être l'issue vraisemblable de la procédure (ATF 124 V 89 consid. 6a).

### **E. 12.3**

En l'espèce, la recourante a produit les moyens de preuve susceptibles d'établir sa situation financière. Il résulte de ces documents que les revenus sont inférieurs à ses charges courantes et que la fortune est pratiquement inexistante. En ces circonstances, le Tribunal de céans estime que la recourante ne dispose pas de ressources propres suffisantes pour prendre en charge les frais de représentation et de procédure. En outre, la procédure ne paraissait pas d'emblée vouée à l'échec. Il se justifie donc de dispenser la recourante du paiement des frais mentionnés et de lui attribuer Me Pierre Seidler comme avocat d'office. Compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, il se justifie d'allouer une indemnité de Fr. 2'500.- à charge de la caisse du Tribunal de céans.

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