

# **BVGer C-5198/2021 vom 27. Oktober 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-10-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5198\\_2021\\_d20211027](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5198_2021_d20211027)

FR: TAF C-5198/2021 du 27 octobre 2021

IT: TAF C-5198/2021 del 27 ottobre 2021

## **Regeste**

Révision de la rente | Assurance-invalidité, révision de la rente (décision du 27 octobre 2021). Décision confirmée par le TF.

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal administratif fédéral est 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 le recourant est directement touché par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). 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. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

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 au moment de l'examen du recours (ATF 130 V 1 consid. 3.1).

### **E. 2.2**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées).

### **E. 3**

Délimité par les décisions attaquées ainsi que par les conclusions des parties, le litige a trait au remplacement de la rente entière de l'assuré par une demi-rente, à compter du 1er décembre 2021 et en application des dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 entrée en vigueur le 1er janvier 2012 (6ème révision de l'AI, premier volet, RO 2011 5659; ci-après: Disp. fin. ; ATF 144 II 359 consid. 4.3 et les références citées).

### **E. 4**

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3. 1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C\_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4. 1). Les dispositions visées seront par conséquent citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Vu par ailleurs 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 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

#### **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 d'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).

#### **E. 4.2**

En vertu de l'art. 17 LPGA, la révision d'une rente suppose la survenance d'un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente. Par exception à ce principe, let. a, al. 1 Disp. fin. prévoit que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur, au 1er janvier 2012, de la modification en question : si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17, al. 1, LPGA ne sont pas remplies. Selon la jurisprudence, le respect du délai susmentionné de trois ans s'examine à la lumière du début effectif de la procédure de réexamen (arrêt du TF 8C\_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2). La révision (réduction ou suppression de la prestation) d'une rente conformément à la let. a, al. 1 Disp. fin. est soumise à trois conditions. En principe, la rente doit avoir été allouée uniquement sur la base d'un diagnostic de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat d'un déficit organique (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 ; voir cependant ATF 140 V 197 sur la situation où la rente a été allouée aussi bien en raison de plaintes peu claires que de plaintes explicables et arrêt du TF 8C\_34/2014 du 8 juillet 2014). En outre, au moment de la

réduction ou de la suppression envisagée de la rente, il faut que le tableau clinique diffus ou les plaintes diffuses soient toujours présentes ; la réduction ou la suppression de la prestation n'est possible qu'à la condition qu'il n'y ait pas d'incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA au moment où cette modification est envisagée (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2 en relation avec l'arrêt 9C\_381/2016 du 13 janvier 2017 consid. 3.1.2 in fine). Il s'agit enfin de vérifier selon le schéma d'évaluation prévu par la jurisprudence en relation avec le diagnostic en question si la capacité de travail de l'assuré est limitée (ATF 139 V 547 consid. 10.1.3 en relation avec l'ATF 141 V 281). Selon l'art 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

### **E. 4.3**

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).

#### **E. 4.3.1**

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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il 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 (art. 16 LPGA).

#### **E. 4.3.2**

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêt TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI). C'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités).

#### **E. 4.3.3**

En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1, 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts 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). Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas

particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418). Cela étant, l'évaluation de l'incapacité de travail fournie lege artis par l'expert-psychiatre est soumise au libre examen de l'autorité chargée d'appliquer le droit, qui pourra s'en écarter en présence de raisons valables (« aus triftigen Gründen » ; ATF 148 V 49 consid. 6). Tel est le cas lorsque l'hypothèse médico-psychiatrique d'une incapacité de travail n'est finalement pas assez sûre et convaincante en termes de résultat et au regard de la charge matérielle de la preuve (« entscheidender Gesichtswinkel ») que supporte l'assuré en vertu de l'art. 8 LPGA. Singulièrement, l'autorité doit vérifier si et dans quelle mesure les experts médicaux ont motivé de manière suffisante et compréhensible leur évaluation de l'incapacité de travail en tenant compte des indicateurs déterminants (thèmes de la preuve). A cet égard, il est déterminant pour les spécialistes consultés de faire le lien avec la partie de l'expertise médico-psychiatrique qui précède (avec extrait du dossier, anamnèse, résultats, diagnostics, etc.), c'est-à-dire de se référer en détail aux résultats médico-psychiatriques recueillis dans le cadre d'un examen clinique et de l'exploration professionnelle relevant de leur compétence. Aussi le médecin doit-il exposer de manière circonstanciée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les résultats obtenus sont susceptibles de réduire les capacités fonctionnelles et les ressources psychiques de l'assuré sur les plans qualitatif, quantitatif et temporel (ATF 143 V 418 consid. 6). En d'autres termes, il ne suffit pas que l'expert psychiatrique conclue à une incapacité de travail en référence uniquement au diagnostic retenu ; il doit bien plus démontrer et développer ses conclusions en relation avec ses constatations et en tenant compte de toutes les particularités du cas d'espèce. Si l'expert s'acquitte de cette tâche de manière convaincante et en tenant compte des indicateurs standards développés dans l'ATF 141 V 281, l'évaluation médico-psychiatrique des conséquences sera également valable pour l'autorité d'application du droit. Dans le cas contraire, il existe une raison valable qui impose juridiquement de s'en écarter (cf. sur l'ensemble : ATF 148 V 49 consid. 6.2 et 145 V 361 consid. 4.3).

#### **E. 4.3.4**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; arrêt du TF 9C\_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

#### **E. 4.4**

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 (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

#### **E. 5.1**

Dans le cas d'espèce, l'autorité précédente a constaté que la rente initialement accordée au recourant en 2003 l'avait été principalement en raison d'une fibromyalgie, d'une neurasthénie, d'un éventuel syndrome de fatigue chronique et d'un trouble somatoforme indifférencié, à savoir des syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Se référant aux conclusions du rapport d'expertise du centre F. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2017, elle a retenu par ailleurs qu'aucun diagnostic somatique posé par les experts n'avait de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Les troubles dégénératifs documentés étaient en effet modérés et n'entraînaient pas de limitation significative ; au moment de l'expertise, l'assuré ne prenait d'ailleurs aucun antalgique et n'avait pas de suivi au long cours par un rhumatologue ou un orthopédiste. D'un point de vue psychique, l'assureur a retenu qu'une incapacité de travail de 50 % devait en revanche être reconnue à l'assuré dans toute activité lucrative depuis le jour de l'expertise en tout cas. Toujours selon l'autorité précédente, cette réduction de la capacité de travail était liée au fait que les traits de personnalité (trouble de la personnalité) réduisaient l'accès de l'assuré à ses ressources et l'empêchaient ainsi de surmonter les limitations engendrées par son trouble de somatisation. Pour le surplus, l'OAIE a considéré qu'il n'était pas nécessaire d'examiner la question de la mise en valeur de la capacité de travail, observant toutefois que l'assuré - dont le domicile étranger excluait le droit à des mesures de nouvelle réadaptation - était actif professionnellement depuis de nombreuses années et restait notamment impliqué dans diverses sociétés. Dans ces conditions, l'Office a conclu que le recourant présentait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité habituelle, de sorte qu'il se justifiait de remplacer sa rente entière d'invalidité par une demi-rente dès le 1er décembre 2021.

## **E. 5.2**

Le recourant reproche à l'autorité précédente d'avoir apprécié les faits de façon erronée en faisant siennes les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juin 2017. Lors des différents examens réalisés en langue allemande auprès du centre F.\_\_\_\_\_, il était en effet assisté d'un interprète non-diplômé et ne disposant d'aucune expérience de traducteur dans le domaine médical. Vieille de plusieurs années, l'expertise aurait par ailleurs été réalisée de façon expéditive et peu sérieuse, les experts - qui ne comptaient aucun spécialiste FMH en psychiatrie ou psychothérapie - ayant démontré un manque de connaissance flagrant du dossier médical de l'assuré. Cela étant, l'assuré soutient que l'expertise ne présente aucune valeur probante, comme l'admet au demeurant le Dr O.\_\_\_\_\_ qui en critique explicitement le volet psychiatrique. En particulier, les diagnostics retenus par le Dr I.\_\_\_\_\_ ne correspondraient pas à la réalité, le recourant souffrant d'un trouble de stress posttraumatique complexe le rendant invalide à 70 %. Vu également les troubles du rachis et les céphalées invalidantes décrites par les Drs N.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ainsi que le handicap sévère multifactoriel rapporté par le Dr R.\_\_\_\_\_, l'assuré considère ne plus être apte à exercer une quelconque activité lucrative. A ce propos, l'OAIE retiendrait d'ailleurs à tort qu'il est actif professionnellement depuis de nombreuses années, la Caisse d'assurance sociale de son lieu de domicile attestant expressément qu'il n'y est pas inscrit ou affilié.

## **E. 6**

En l'occurrence, le recourant ne conteste à bon droit pas que le réexamen de son cas tombe sous le coup de la 6ème révision de l'AI. Le trouble de somatisation et la neurasthénie ayant justifié l'octroi de la rente litigieuse constituent en effet des syndromes au sens des dispositions transitoires précitées et l'assuré n'avait pas atteint l'âge de 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la 6ème révision de l'AI, pas plus qu'il ne touchait une rente depuis plus de 15 ans lors de l'ouverture de la procédure de réexamen.

### **E. 6.1**

L'assuré ne saurait en revanche être suivi lorsqu'il remet en cause le bienfondé de l'expertise pluridisciplinaire réalisée auprès du centre F.\_\_\_\_\_. Force est en effet d'admettre que le rapport y relatif du 29 juin 2017 respecte les exigences relatives à la valeur probante de tels documents. Ainsi, les experts ont méthodiquement résumé le dossier de l'assuré ainsi que son anamnèse professionnelle, personnelle et médicale. De même, ils ont valablement rapporté le contenu des entretiens menés avec le recourant, ont dressé son status clinique exhaustif et ont largement énuméré ses plaintes. Quoiqu'en dise ce dernier, les spécialistes du centre F.\_\_\_\_\_ ont démontré par-là une connaissance précise de son parcours médical et du contexte dans lequel s'est inséré leur examen. Aussi ont-ils procédé à une étude circonstanciée des points litigieux, eu égard également aux plaintes exprimées par l'assuré. Il ressort ainsi clairement des explications des experts - et en particulier de leur évaluation consensuelle du cas - que le recourant présente au plan somatique une symptomatologie largement compatible avec les troubles documentés au niveau du rachis, des épaules, de la nuque et du cou, certains signes d'exagération ou d'accentuation de la douleur étant néanmoins observés à l'examen clinique, de même qu'une collaboration défaillante à plusieurs égards ainsi qu'une discrédance entre le ressenti de certaines douleurs et le résultat des examens réalisés. De même, les experts ont précisément investigué les troubles de la sensibilité rapportés au niveau du nerf cutané fémoral latéral et des nerfs périphériques ainsi que les céphalées intermittentes d'étiologie peu claire décrites par l'assuré, considérant que

ces atteintes restent sans incidence fonctionnelle. Du point de vue rhumatologique, les spécialistes consultés ont observé à la lumière du status clinique et des autres circonstances pertinentes que l'assuré demeure en bon état physique, un traitement conservateur des troubles observés étant possible, l'arthrite urique diagnostiquée étant d'ores-et-déjà contrôlée de manière adéquate. Au plan psychique, les experts - et en particulier le Dr I.\_\_\_\_\_, qui dispose bel et bien d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. à cet égard le registre MedReg [[www.healthreg-public.admin.ch/medreg/](http://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/)] GLN: [...]) - ont expliqué de façon tout autant convaincante que la situation doit être appréhendée sous l'angle du diagnostic de trouble de la somatisation indifférenciée dans la mesure où les symptômes physiques évoqués par l'assuré - fluctuants, peu tangibles et peu précis - ne remplissent pas les critères diagnostics d'un trouble de la somatisation ou d'un trouble de la douleur somatique persistant. Cela étant, ils ont dûment évalué la gravité de ce trouble et relativisé ses effets sur la capacité de travail eu égard au peu de traitements entrepris dans ce contexte ainsi qu'au fait que cette atteinte ne provoque pas une préoccupation constante de la part de l'assuré. De même, les experts ont décrit l'incidence du trouble de la personnalité diagnostiqué de manière cohérente, sur ce constat que l'assuré ne présente pas de symptômes dépressifs, de déficit cognitif et de maladie psychotique et que les limitations correspondantes ne se manifestant pas de façon uniforme dans tous les domaines de la vie. A ce propos, les spécialistes du centre F.\_\_\_\_\_ ont largement motivé leur évaluation eu égard au fait que l'assuré ne présente pas d'isolement social démesuré, a maintenu une vie associative, gère seul son quotidien et ses tâches administratives de manière autonome et se décrit comme encore intéressé par le monde qui l'entoure, avec des intérêts directs dans les domaines culturels et associatifs. Excluant dans ces conditions que la capacité de travail de l'assuré soit totalement anéantie, les experts ont expliqué de façon convaincante que les troubles psychiques observés dégradent sa fonction affective et lui compliquent, voir empêchent parfois, l'accès à ses ressources et capacités de résilience. Disposant d'une connaissance circonstanciée de la symptomatologie de l'assuré, les experts ont ainsi évalué sa capacité résiduelle de travail avec cohérence et au regard des indicateurs standards, tenant compte en particulier du degré de gravité des atteintes diagnostiquées, des ressources de l'assuré, du contexte social dans lequel il évolue, ainsi que de la cohérence de son comportement. Aussi ont-ils considéré l'ensemble des circonstances pertinentes pour conclure de façon compréhensible que les troubles psychiques diagnostiqués entraînent une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, les atteintes somatiques restant en revanche compatibles avec l'exercice de la dernière activité exercée. Au demeurant, les experts ont dûment pris en considération les avis médicaux de leurs confrères, considérant que le trouble de la personnalité dont souffre l'assuré englobe largement les symptômes rapportés notamment aux diagnostics de fibromyalgie et de neurasthénie évoqués à l'anamnèse.

## **E. 6.2**

En définitive, les conclusions sur la capacité de travail de l'assuré formulées par les spécialistes du centre F.\_\_\_\_\_ sont probantes en tous points. L'incapacité de travail de 50 % retenue par les experts est d'autant plus convaincante que les Drs K.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ l'ont expressément validée à l'issue d'un examen circonstancié des critères déterminants. A ce propos, les explications du Dr K.\_\_\_\_\_ selon lesquelles l'incapacité de travail doit être attestée non pas en relation avec le trouble de la personnalité, mais avec celui de la somatisation relèvent d'une querelle d'experts sur une question d'ordre médicale et n'apparaissent ainsi pas à même de remettre en cause les conclusions consensuelles des

spécialistes du centre F.\_\_\_\_\_. Au surplus et n'en déplaie au recourant, les pièces médicales postérieures au rapport d'expertise n'apportent aucun élément objectivement vérifiable - de nature clinique ou diagnostique - qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou établir le caractère incomplet de leur évaluation. Invité à se prononcer sur les examens réalisés au niveau des membres inférieurs en mars et avril 2021, le Dr P.\_\_\_\_\_ a ainsi expressément exclu la survenance d'une modification significative de l'état de santé qui aurait une influence sur la capacité de travail. Quant aux IRM du rachis cervical et de l'épaule droite réalisées respectivement le 9 novembre 2021 et le 3 novembre 2022, elles n'ont pas documenté d'aggravation significative des atteintes déjà connues, mettant à l'inverse en évidence des résultats largement superposables à ceux pris en considération par les experts pour évaluer la capacité de travail résiduelle de l'assuré. De même, les atteintes évoquées par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans ses prises de position des 5 juillet et 18 novembre 2021 - à savoir en particulier le syndrome de fatigue, les apnées du sommeil et les crises de gouttes - constituent des affections connues de longue date et expressément discutées par les spécialistes du centre F.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, rapportée de façon trop générale à un handicap multifactoriel associé à des facteurs non-médicaux, l'invalidité attestée le 17 novembre 2021 par le Dr R.\_\_\_\_\_ - au demeurant peu circonstanciée - n'apparaît pas non plus de nature à remettre en cause l'évaluation des spécialistes du centre F.\_\_\_\_\_ (dans ce contexte, cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 et 127 V 294 consid. 5a ainsi que l'arrêt du TF 9C\_436/2022 du 26 janvier 2023 consid. 2). Le bilan sanguin produit au cours de la procédure judiciaire n'apparaît pas plus décisif, dès lors qu'aucun médecin n'en déduit une incidence sur la capacité fonctionnelle de l'assuré. Finalement, les considérations formulées par le Dr O.\_\_\_\_\_ à la suite de l'expertise du centre F.\_\_\_\_\_ ne diffèrent de celles prises en considérations par les experts, qui ont expressément exclu que les critères du diagnostic de modification de la personnalité persistante suite à un stress extrême ne soient réalisés. De même, l'état de stress post-traumatique retenu par le Dr O.\_\_\_\_\_ a dument été écarté par le Dr Q.\_\_\_\_\_ à la lumière des résultats des différents examens réalisés.

### **E. 6.3**

Au demeurant, les critiques du recourant en relation notamment avec la durée de l'expertise, son caractère obsolète, le manque de préparation des spécialistes du centre F.\_\_\_\_\_ et les compétences du traducteur sollicité ne sont pas non plus de nature à remettre en cause la qualité du travail des experts. Tout d'abord, la durée de l'examen médical n'est pas en soi un critère pour mesurer la valeur probante d'un rapport médical (à ce sujet, voir arrêts du TF 9C\_160/2021 du 23 juin 2021 consid. 5.2 et 9C\_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4). Dans la mesure ensuite où les documents médicaux postérieurs à l'expertise ne mettent pas en évidence de modification significative de l'état de santé de l'assuré (consid. 6.2 ci-dessus), il est indifférent que le rapport du centre F.\_\_\_\_\_ remonte à plusieurs années. Finalement, le manque d'expérience reproché à l'interprète n'apparaît pas décisif puisqu'aucun problème de compréhension linguistique entre l'assuré et les experts ne ressort de leur rapport du 29 juin 2017. Quoiqu'en disent le recourant et son médecin-traitant le Dr O.\_\_\_\_\_ - qui ne se plaignent au demeurant d'aucun malentendu concret et pertinent -, rien n'indique par conséquent que l'expertise ne serait pas exploitable en raison de l'intervention d'un traducteur (à cet égard, cf. arrêt du TF 9C\_556/2015 du 2 novembre 2015 consid. 2.2.1). Au surplus, c'est en vain que le recourant se prévaut d'une préparation insuffisante des experts. En effet, les exemples donnés dans ce contexte - soit que le Dr

I. \_\_\_\_\_ ne connaissait ni l'historique de l'assuré, ni le système militaire suisse et que le Dr G. \_\_\_\_\_ l'a initialement confondu avec le traducteur - n'établissent pas que l'expertise serait irrégulière, le rapport pluridisciplinaire du 29 juin 2017 démontrant à l'inverse la bonne connaissance par les experts de l'ensemble des circonstances pertinentes pour évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré (consid. 6.1 ci-avant).

#### **E. 6.4**

En présence ainsi d'une capacité de travail de 50 % dans la dernière activité exercée, l'autorité précédente a valablement évalué le degré d'invalidité de l'assuré à 50 %. A cet égard, on rappellera en effet qu'une simple comparaison de pourcentages peut suffire lorsque comme ici, l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle et qu'aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles : le taux d'invalidité est alors identique au taux d'incapacité de travail (cf. ATF 114 V 310 consid. 3a; voir aussi arrêts du TF 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et les références). Pour le reste, l'assuré était âgé de 57 ans lorsqu'il a été constaté que l'exercice d'une activité adaptée était exigible du point de vue médical, ce qui était en soi relativement éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence considère qu'une méthode d'évaluation plus concrète est nécessaire (cf. ATF 138 V 457 consid. 3 ainsi que les arrêts du TF 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et 9C\_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.2 non publié dans l'ATF 139 V 600), Cela étant, la décision attaquée n'apparaît pas critiquable en tant qu'elle alloue à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1er décembre 2021 en lieu et place de la rente entière allouée jusqu'alors (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI). A toutes fins utiles, on observera qu'en dépit de l'âge de l'assuré, l'autorité précédente pouvait valablement réduire la rente litigieuse sans mettre en oeuvre des mesures de réadaptation : ayant abandonné son domicile suisse et n'exerçant plus d'activité lucrative, le recourant ne remplit en effet pas la condition d'assujettissement à l'assurance-invalidité subordonnant le droit à de telles mesures (arrêts du TAF C-656/2020 du 14 septembre 2023 consid. 13.4, C-179/2021 du 28 juin 2023 consid. 8.2, C-5464/2020 du 16 février 2023 consid. 9.4.2 ; cf. toutefois arrêts du TAF C-2678/2017 du 30 août 2023 consid. 10.2, C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 9 et C-40/2021 du 2 février 2022 consid. 11.4 ; de façon générale, cf. ATF 145 V 266 consid. 4.2 ; cf. également arrêt du TF 8C\_104/2021 du 27 juin 2022 consid. 7.1.3 et références citées ainsi que les ATF 148 V 321, 145 V 209 et 141 V 5 ; cf. également Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL], ch. 1011, ainsi que la lettre circulaire AI n. 309).

#### **E. 6.5**

Vu ce qui précède, la décision attaquée n'apparaît pas critiquable et doit être confirmée, le recours étant rejeté en tous points.

#### **E. 7**

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés à Fr. 800.- compte tenu de la charge liée à la procédure (art. 63 al. 1 PA ; voir

C-5198/2021 Page 19 également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté dans le cadre de la présente procédure. En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts, est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens (art. 8 et 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal

administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas non plus droit aux dépens. (le dispositif se trouve sur la page suivante)

C-5198/2021 Page 20

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