

BVGer C-5498/2023 vom 12. November 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5498_2023

FR: TAF C-5498/2023 du 12 novembre 2024

IT: TAF C-5498/2023 del 12 novembre 2024

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.2

En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

E. 1.3

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 un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

E. 1.4

Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et 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 ; TAF pce 4) le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 5 septembre 2023 (OAIE pce 221), par laquelle l'autorité inférieure a procédé à la réduction de la rente d'invalidité servie à la recourante (ainsi que ses rentes pour enfants) à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, pour lui accorder désormais une rente s'élevant à 47% d'une rente entière d'invalidité, tout en lui refusant le droit à des mesures de réadaptation.

E. 3

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante est une ressortissante suisse, domiciliée en France, et ayant travaillé en Suisse (ATF 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes

(ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1

Au sens de l'art. 49 PA, la recourante peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

E. 4.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler/Kayser, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 5.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au

règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Dans les cas de révision de rente, ces nouvelles dispositions s'appliquent si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021. Si cette modification s'est produite avant le 1er janvier 2022, ce sont les dispositions de la LPGA, de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'art. 88a RAI (arrêt du TF 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2023, ch. 9102 en lien avec ch. 5500 à 5505). En l'espèce, l'amélioration déterminante de la capacité de gain, si elle était confirmée, se serait produite après le 1er janvier 2022 (à savoir le 27 janvier 2022, soit une année après l'intervention chirurgicale du Dr J._____, selon l'avis SMR du 3 mai 2023 : OAIE pce 208). Il convient par conséquent d'appliquer à la présente cause les dispositions en vigueur dès le 1er janvier 2022.

E. 5.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 5 septembre 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit).

E. 6.1

Il y a également lieu de remarquer 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 frontalière 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. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (art. 40 al. 2 RAI). Conformément à l'art. 88 al. 1 RAI, la procédure de révision est menée par l'office AI qui, à la date du dépôt de la demande de révision ou à celle du réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI.

E. 6.2

En l'espèce, la recourante était domiciliée en France, à (...), et travaillait pour le compte de la fondation « B._____ » à (...) au moment du dépôt de la demande de prestations du 29 octobre 2017 (OAIE pce 2). Lors de l'ouverture de la procédure de révision d'office de la rente entière d'invalidité le 2 juin 2022 (OAIE pce 191), la recourante était toujours domiciliée à la même adresse. Cette dernière dispose dès lors du statut de frontalière. C'est par conséquent à juste titre que l'Office C._____ a procédé à l'instruction de la révision d'office du droit à la rente de l'assurée, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

E. 7

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplissait donc la condition de la durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité au moment de l'octroi initial de la rente par décision du 10 juin

2021 (OAIE pce 190 ; art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est toujours invalide au sens de la LAI.

E. 8

p. 47 ; rapport de la Dresse D._____, médecin généraliste, du 15 juin 2017 : OAIE pce 15 p. 76). Cette atteinte motive une intervention chirurgicale, réalisée le 22 août 2017 par le Dr E._____, neurochirurgien (compte-rendu opératoire du 22 août 2017 : OAIE pce 8 p. 46). B.c Malgré l'opération, la symptomatologie et l'incapacité de travail persistent, selon le rapport de la Dresse D._____ du 24 novembre 2017 (OAIE pce 16). Une IRM lombaire du 11 décembre 2017 (OAIE pce 20 p. 101) retrouve une discopathie dégénérative des deux derniers niveaux lombaires, un débord discal circonférentiel en L5-S1 sans signe de récurrence herniaire et un tissu cicatriciel comblant le récessus latéral gauche de S1. B.d La recourante est mise au bénéfice de mesures d'intervention précoce à partir du 29 janvier 2018 (communication du 25 janvier 2018 : OAIE pce 26) avec pour but la reprise de son poste habituel d'aide-soignante, démarche toutefois interrompue au bout de 4 semaines (rapport de la Dresse D._____ du 23 février 2018 : OAIE pce 30 ; courriel du 8 mars 2018 : OAIE pce 31). Par communication du 13 septembre 2018 (OAIE pce 62), un reclassement comme assistante médicale est accordé. Cette

C-5498/2023 Page 3 mesure est prolongée à plusieurs reprises (OAIE pces 70, 75, 94, 106, 117, 120 et 144). B.e Le 21 avril 2020 (OAIE pce 132), la Dresse F._____, spécialiste FMH en médecine générale, informe l'Office C._____ que les douleurs résiduelles ont justifié un arrêt de travail de 6 semaines en été 2019, et que depuis le 13 mars 2020, celles-ci sont devenues si invalidantes que la recourante se trouve en incapacité de travail totale. Elle ajoute qu'une nouvelle IRM confirme le diagnostic clinique : cicatriciel racine S1 gauche et hernie discale avec contact racine L4 (recte : L5) à gauche (cf. rapport IRM lombo-sacrée du 3 avril 2020 : OAIE pce 134). B.f Dans ce contexte, un suivi auprès de la Clinique G._____ à (...) est mis en place (rapport du 1er juillet 2020 : OAIE pce 147 p. 365), sur recommandation du service de neurochirurgie des Hôpitaux H._____ (ci-après : H._____ ; rapport de H._____ du 11 juillet 2020 : OAIE pce 147 p. 368 ; rapport du 27 juillet 2020 de la Dresse F._____ : OAIE pce 147 p. 367). B.g La Dresse I._____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR), estime dans son avis du 18 août 2020 (OAIE pce 150) qu'une reprise progressive d'une activité adaptée à 100% est toujours possible. Sur cette base, l'Office C._____ adresse une sommation à la recourante le 24 septembre 2020 (OAIE pce 156), exigeant la reprise du reclassement. B.h Un rapport du 30 septembre 2020 (OAIE pce 159) de la Dresse F._____ fait état d'une récurrence de lombosciatalgies, sans amélioration des douleurs sous traitement depuis mars 2020. Le médecin estime qu'une reprise d'activité à 100% n'est pas possible, même dans une activité adaptée, en raison des douleurs et de leur impact psychologique, ainsi que de troubles de la concentration (effets secondaires des traitements antalgiques). B.i Le reclassement professionnel est formellement interrompu le 1er novembre 2020 (rapport final MOP du 17 novembre 2020 : OAIE pce 171 ; courrier de l'Office C._____ du 9 décembre 2020 : OAIE pce 172). B.j Le rapport du 13 novembre 2020 (OAIE pces 176 et 177 ; partiellement illisible) du Dr J._____, neurochirurgien, relève des lombalgies mécaniques sur insuffisance discale L5-S1. Une intervention chirurgicale, sous forme de stabilisation par fusion, est proposée.

C-5498/2023 Page 4 B.k Dans son rapport du 27 novembre 2020 (OAIE pce 170), le Dr K._____, médecin-chef auprès de la Clinique G._____, retient une incapacité de travail

totale dans toute activité. B.1 L'intervention chirurgicale proposée par le Dr J. _____ est agendée pour le 27 janvier 2021 (mail de la recourante du 12 janvier 2021 : OAIE pce 176). B.m Se fondant sur les éléments récents au dossier, l'avis SMR du 14 avril 2021 (OAIE pce 182), établi par la Dresse L. _____, médecin SMR, retient que l'incapacité de travail est définitivement nulle dans l'activité habituelle, depuis le 27 avril 2017 (recte : 2017). Dans une activité adaptée, la capacité de travail s'est établie à des degrés divers depuis cette même date, mais est à nouveau nulle dès le 28 août 2019. La stabilisation de l'état de santé n'interviendra pas avant 6 mois post-opératoire et le dossier devra selon le SMR être réévalué précocement. B.n Par décision du 10 juin 2021 (OAIE pce 190) rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure), la recourante est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er novembre 2020. C. C.a Le 2 juin 2022 (OAIE pce 191), l'Office C. _____ entame le processus de révision de la rente servie à la recourante. C.b Dans son rapport du 24 août 2022 (OAIE pce 196), la Dresse F. _____ relève que l'évolution a été légèrement favorable depuis l'opération du 27 janvier 2021, permettant la diminution des antalgiques. Elle observe toutefois depuis 2022 une stagnation de l'évolution avec persistance de douleurs lombaires au moindre effort. Elle retient une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée. La Dresse F. _____ joint à son envoi plusieurs rapports médicaux établis par le Dr J. _____, à savoir le compte-rendu opératoire du 29 janvier 2021 (OAIE pce 196 p. 473), un rapport du 23 juin 2021 (OAIE pce 196 p. 474) mentionnant un discret syndrome vertébral lombaire, ainsi qu'un rapport du 16 novembre 2021 (OAIE pce 196 p. 475) relevant une gêne au niveau sacro-iliaque gauche, malgré une échographie abdominale du

E. 8.1

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 (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre

C-5498/2023 Page 12 en considération, 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. 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 (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

E. 8.2

; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2). 10.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGA est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine

C-5498/2023 Page 17 connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En particulier, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend en outre largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2). Une évaluation médicale répondant aux réquisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision si elle ne démontre pas suffisamment une modification effective de l'état de santé et de la capacité de travail. Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les faits constitutifs de la modification sont nouveaux et/ou que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 ; arrêt du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.2.1 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 12). 10.5 Les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, ont avant tout pour objectif de soigner leur patient, avec lequel ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat

C-5498/2023 Page 18 thérapeutique qui leur a été confié. Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Cela étant, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués

par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2).

E. 9.1

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b).

E. 9.2

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 ; Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 20 ; Valterio, op. cit., art. 31 n. 19).

E. 9.3

Tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas, par exemple, lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne justifie pas une révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; Margit Moser-Szeless, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 11 ss, et les réf. cit.). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Valterio, op. cit., art. 31 n° 11 ss).

E. 9.4

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, de manière complète, sans que des évaluations antérieures de l'invalidité ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2). A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation juridique prévalant jusqu'alors est maintenue et le droit à la prestation reste inchangé, conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (arrêts du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 consid. 3 ; 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 ; Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 27 et 29). Dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur, qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (arrêt du TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.).

E. 9.5

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, une amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle 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.

E. 9.6

En matière de révision, la constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence - en l'occurrence à tirer des rapports médicaux - d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation ; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure seulement où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. Il s'agit donc de distinguer des différences reposant uniquement sur une évaluation différente d'une même situation, qui ne sont pas pertinentes dans le cadre d'une révision, des modifications effectives justifiant une révision. La valeur probante des rapports médicaux établis aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial des prestations (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les

situations dans lesquelles une modification de l'état de santé est évidente. La question de savoir si un tel changement s'est produit ou si, du point de vue de la révision, il ne s'agit que d'une appréciation médicale différente et sans grande signification d'un état de santé resté inchangé, doit être examinée avec le plus grand soin, notamment au vu de ses conséquences pour la personne concernée. La simple possibilité d'un tel changement ne suffit pas. Il faut qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et 4.2 ; 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2 et 4.2.1 ; 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 avec H. ; Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 12; Valterio, op. cit., art. 31 n° 12).

E. 10.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal 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) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 10.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

E. 10.3

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

E. 10.4

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGA est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En particulier, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend en outre largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2). Une évaluation médicale répondant aux réquisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision si elle ne démontre pas suffisamment une modification effective de l'état de santé et de la capacité de travail. Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les faits constitutifs de la modification sont nouveaux et/ou que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les

experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 ; arrêt du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.2.1 ; Margit Moser-Szeless, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 12).

E. 10.5

Les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, ont avant tout pour objectif de soigner leur patient, avec lequel ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Cela étant, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Valerio, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2).

E. 11

En l'espèce, par la décision litigieuse du 5 septembre 2023 (OAIE pce 221), l'autorité inférieure a procédé à la réduction de la rente d'invalidité accordée à la recourante par la décision initiale du 10 juin 2021 (OAIE pce 190), cette prestation passant d'une rente entière à une rente s'élevant à 47% d'une rente entière. Dans ces circonstances, conformément à l'art. 17 LPGA et à une jurisprudence constante (cf. consid. 9.2 supra), l'examen du Tribunal portera sur la question de savoir si l'état de santé, respectivement ses conséquences sur la capacité de gain de la recourante, ont subi des modifications notables, comme soutenu par l'autorité inférieure, ou si tel

C-5498/2023 Page 19 n'est pas le cas, comme défendu par la recourante, et ce en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 10 juin 2021, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux ayant existé jusqu'au 5 septembre 2023, date de la décision attaquée.

E. 12.1

La rente entière d'invalidité a été initialement accordée à la recourante par la décision du 10 juin 2021, dans le cadre de la procédure introduite par la demande de prestations du 29 octobre 2017 (OAIE pce 2). La recourante s'est retrouvée en incapacité de travail totale depuis le 27 avril 2017 en raison de lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 (rapport de la Dresse D._____, médecin généraliste, du 15 juin 2017 : OAIE pce 15 p. 76 ; rapport IRM du rachis lombo-sacré du 3 mai 2017 : OAIE pce 8 p. 47) nécessitant une intervention chirurgicale le 22 août 2017 (compte-rendu opératoire du 22 août 2017 : OAIE pce 8 p. 46). L'évolution a été dans un premier temps favorable, de sorte que des mesures professionnelles ont été mises en place (OAIE pces 26, 31, 62, 70, 75, 94, 106, 117, 120 et 144). Ces mesures ont toutefois été interrompues une première fois pour une durée de 6 semaines à l'été 2019, puis à nouveau à partir du 13 mars 2020. La recourante s'est alors retrouvée en incapacité de travail totale, en raison d'une recrudescence de lombosciatalgies gauches non déficitaires. Les diagnostics de remaniements cicatriciels postopératoires L5-S1, d'insuffisance discale L5-S1 et de petite hernie L4-L5 au contact de la racine L5 gauche étaient retenus (rapport de la Clinique G._____ du 1er juillet 2020 : OAIE pce 147 p. 365 ; rapport des H._____ du 11 juillet 2020 : OAIE pce 147 p. 368 ; rapport de la Dresse F._____ du 27 juillet 2020 : OAIE pce 147 p. 367). Dans ce contexte, la recourante a consulté le Dr J._____, neurochirurgien, qui a attesté de lombalgies mécaniques sur insuffisance discale L5-S1. Ce praticien a alors proposé une intervention chirurgicale, sous forme de stabilisation par fusion (rapport du Dr J._____ du 13 novembre 2020 : OAIE pces 176 et 177), qui a été réalisée le 27 janvier 2021 (mail de la recourante du 12 janvier 2021 : OAIE pce 176). Sur la base de ces éléments, en particulier de l'intervention chirurgicale effectuée par le Dr J._____, l'avis SMR du 14 avril 2021 (OAIE pce 182), rédigé par la Dresse L._____, médecin SMR, a conclu qu'une incapacité

C-5498/2023 Page 20 de travail totale était médicalement justifiée depuis le 27 avril 2017 (recte : 2017). La capacité de travail était définitivement nulle dans l'activité habituelle, tandis que dans une activité adaptée, elle était entière depuis le mois de décembre 2017, ceci jusqu'au 27 août 2019. Toutefois, dès le 28 août 2019, la capacité de travail était à nouveau nulle, ceci dans toute activité. Aux yeux du SMR, l'état de santé de l'assurée ne pouvait pas encore être considéré comme stabilisé. Selon toute vraisemblance médicale, une éventuelle stabilisation ne pouvait pas intervenir avant 6 mois post-opératoire au minimum, compte tenu notamment du temps nécessaire à la réhabilitation. Au final, le SMR suggérait de réviser le dossier précocement après l'octroi de la rente. Se fondant sur l'avis SMR du 14 avril 2021, la décision du 10 juin 2021 a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2020.

E. 12.2.1

De son côté, la décision du 5 septembre 2023 procède à la réduction de la rente entière accordée initialement à la recourante, au motif que son état de santé s'est amélioré depuis son octroi et que, de ce fait, le degré d'invalidité s'élève dorénavant à 47%.

E. 12.2.2

Cette décision est fondée sur l'avis SMR du 3 mai 2023 (OAIE pce 208), confirmé le 19 juillet 2023 dans le cadre des objections (OAIE pce 218) et le 20 mars 2024 en procédure de recours (TAF pce 12 annexe). Dans son rapport précité, la Dresse I._____, médecin SMR, confirme la pleine valeur probante du rapport d'expertise du 24 avril 2023 (OAIE pce

207) du Dr M._____, spécialiste en neurochirurgie. Selon le SMR, la situation a évolué favorablement depuis l'intervention chirurgicale de janvier 2021 et la situation est stabilisée depuis janvier 2022, avec le retour à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

E. 12.2.3

S'agissant plus précisément de l'expertise en neurochirurgie du Dr M._____, celle-ci a été mise en œuvre suite à l'absence de positionnement du neurochirurgien traitant sur l'exigibilité résiduelle dans une activité adaptée (avis SMR du 15 décembre 2022 : OAIE pce 200). Dans son rapport d'expertise du 24 avril 2023, le Dr M._____ estime en substance que l'évolution est favorable depuis l'opération de janvier 2021. Les diagnostics de lombalgies chroniques avec status post ALIF L5-S1 et herniectomy L5-S1 (M51.1) sont retenus, avec comme diagnostic

C-5498/2023 Page 21 différentiel celui de syndrome sacro-iliaque (M46.1), tous avec effet sur la capacité de travail. Celle-ci est toujours nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante. Dans une activité adaptée, la capacité s'est améliorée et s'élève désormais à 80%. Elle pourra être envisagée à 100% sur le long terme. La performance serait réduite « en raison de la nécessité de se mouvoir et de se déplacer aux 45 minutes », ce taux pouvant être précisé par un accompagnement à la reprise et une reprise progressive. L'expert estime que l'état de santé s'est modifié depuis l'octroi initial de la rente d'invalidité. De son point de vue, l'assurée a bénéficié de deux prises en charge chirurgicales pour sa problématique rachidienne avec sur le plan médical, une situation lombaire désormais stabilisée (environ depuis un an) et améliorée depuis la deuxième prise en charge chirurgicale en janvier 2021. En effet, la problématique rachidienne est selon le Dr M._____ présente depuis environ cinq ans, avec une phase initiale de symptomatologie apparue en 2017. Celle-ci avait une prédominance de lombosciatiques. Dans ce contexte, à la suite d'une prise en charge chirurgicale par herniectomy, l'évolution s'est avérée favorable. Le deuxième épisode d'exacerbation est survenu fin 2019. Cet épisode a, dans un premier temps, conduit à une prise en charge conservatrice. Par la suite, une prise en charge chirurgicale a été nécessaire. En janvier 2021, le Dr J._____ a alors pratiqué une intervention par ALIF L5-S1, qui a selon l'expert amélioré la sciatique à 100% et les douleurs lombaires de plus de 50%. La situation post-opératoire est selon lui stabilisée depuis janvier 2022.

E. 13

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports médicaux à l'origine de la réduction de rente, étant rappelé que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine), alors que seuls des indices concrets, tels que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, permettent de remettre en cause les expertises confiées par une assurance à un médecin indépendant au sens de l'art. 44 LPG (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Par ailleurs, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination

C-5498/2023 Page 22 différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne saurait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médicale est grand quant au

diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale (cf. arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

E. 14.1

Après une étude attentive du dossier, le Tribunal constate que l'instruction mise en œuvre par l'OAIE ne lui permet pas de statuer en pleine connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initiale de la rente, la valeur probante du rapport d'expertise en neurochirurgie du 24 avril 2023 du Dr M. _____ devant être niée. En effet, bien que, sur le plan formel, toutes les pièces médicales ont été dûment répertoriées par le Dr M. _____ et que celui-ci présente effectivement les qualifications nécessaires pour intervenir en qualité d'expert en neurochirurgie, plusieurs éléments viennent néanmoins jeter le doute sur ses conclusions, notamment concernant les diagnostics (cf. consid. 14.2 infra) et l'appréciation de la capacité de travail de la recourante (cf. consid. 14.3 infra).

E. 14.2

En premier lieu, s'agissant des diagnostics, l'appréciation du Dr M. _____ est remise en question par plusieurs rapports médicaux figurant au dossier, postérieurs à son rapport d'expertise – mais antérieurs à la décision attaquée du 5 septembre 2023 et dont il convient par conséquent de tenir compte en l'espèce (cf. not. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; consid. 5.2 supra). Pour rappel, l'expert a retenu des lombalgies chroniques avec status post ALIF L5-S1 et herniectomy L5-S1 (M51.1) ainsi qu'un syndrome sacro-iliaque (M46.1 ; diagnostic différentiel). Ces diagnostics se fondent sur les résultats d'une IRM de la colonne lombaire dont la réalisation a été sollicitée directement par le Dr M. _____ et dont le rapport est daté du 16 février 2023 (TAF pce 1 annexe 9bis). Ce rapport conclut à un « status post-opératoire en L5-S1. Pas de débord discal significatif. Discopathie dégénérative modérée en L4-L5 avec discret débord discal global prédominant en paramédian gauche ». Le Dr M. _____ relève pour le surplus, dans

C-5498/2023 Page 23 son rapport d'expertise (OAIE pce 207 p. 541) la présence d'un minime épanchement facettaire L4-L5 à droite, sans remaniement Modic L4-L5. Or, dans ses rapports des 15 et 29 mars 2023 (OAIE pce 216 p. 650 et 651), le Dr J. _____, neurochirurgien FMH, fait état d'une interprétation (partiellement) divergente du rapport IRM du 16 février 2023. En effet, tout en confirmant l'appréciation de l'expert sur l'absence de signe majeur de dégénérescence du segment L4-L5, le médecin traitant précise qu'après avoir consulté lui-même les documents d'imagerie, il observe un œdème de la racine S1 gauche, selon lui d'origine séquellaire. Cette atteinte n'est toutefois mentionnée ni dans le rapport IRM du 16 février 2023, ni dans le rapport d'expertise du 24 avril 2023. Un second élément vient jeter un doute sur les diagnostics retenus par l'expert. En effet, le rapport d'IRM sacro-coccygienne du 20 juin 2023 (OAIE pce 216 p. 654) fait état d'une « protrusion discale postéro-médiale en L4-L5 pouvant être à l'origine de lombosciatalgies à bascule, sans modification par rapport à l'examen comparatif précédent ». Or, tout comme l'œdème de la racine S1 gauche, cette protrusion discale en L4-L5, apparaissant sur une imagerie postérieure à l'expertise, n'est mentionnée ni dans le rapport d'expertise, ni dans

le rapport IRM du 16 février 2023. Dans ces circonstances, il apparaît que les éléments apportés à la procédure par les médecins traitants font état d'éléments objectifs permettant de douter du bien-fondé et de la fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb) des conclusions de l'expertise du Dr M. _____. Il subsiste en effet des incertitudes importantes sur les diagnostics devant être retenus dans le dossier. Pour cette première raison déjà, il convient de nier toute valeur probante au rapport d'expertise du 24 avril 2023.

E. 14.3

Il ne s'agit toutefois pas du seul motif permettant de douter des conclusions de l'expert. En sus des doutes sur les diagnostics, le Tribunal constate en effet que l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée par l'expert neurochirurgical est incomplète. Ainsi, après avoir attesté une pleine capacité de travail sur le long terme, le Dr M. _____ retient finalement une capacité « actuellement » de 80%, avant d'affirmer qu'à ce taux, la performance serait également « réduite en raison de la nécessité de se mouvoir et de se déplacer aux 45 minutes » (OAIE pce 207 p. 552), évoquant expressément la nécessité de prendre des « pauses aux 45 minutes/heures » (OAIE pce 207 p. 551).

C-5498/2023 Page 24 Or, en dépit de ces considérations, l'expert ne chiffre pas le taux de la perte de rendement attendue. Ces questions de la baisse du rendement et de la nécessité de pauses supplémentaires sont ensuite ignorées dans les avis SMR des 3 mai 2023 (OAIE pce 208) et 19 juillet 2023 (OAIE pce 218), ainsi que dans la décision attaquée. Dans ses rapports précités, le SMR se borne en effet à conclure à la seule nécessité de changer de position « aux 45 minutes ». Or, cette notion de changement de position ne correspond en aucun cas à celles de perte de rendement et de pauses supplémentaires évoquées par le Dr M. _____. Il en résulte que ni l'expert, ni le SMR, dont les conclusions à cet égard se contredisent mutuellement, ne fournissent une appréciation exhaustive et convaincante de la capacité de travail de la recourante.

E. 14.4

A ces considérations, il convient d'ajouter d'autres éléments, qui, considérés globalement, mettent également en cause la fiabilité des conclusions de l'expert. Ainsi, d'une part, les dates retenues par le Dr M. _____ pour déterminer la stabilisation de l'état de santé post-opératoire, respectivement de la problématique rachidienne, de la recourante sont imprécises et contradictoires dans plusieurs passages de l'expertise, ce qui jette un doute supplémentaire sur le travail de l'expert. Celle-ci est fixée tantôt au mois de janvier 2022 (OAIE pce 207 p. 554), tantôt à celui de juin 2022 (OAIE pce 207 p. 552) ou encore à six à douze mois post-opératoire (OAIE pce 207 p. 550 ; à savoir de juin 2021 à janvier 2022). D'autre part, une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante après l'expertise – mais avant la décision attaquée du 5 septembre 2023, moment déterminant fixant la limite temporelle de l'état de fait à prendre en considération au cas d'espèce (cf. not. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ég. consid. 5.2 supra) – ne peut être exclue et se devait d'être instruite par l'autorité inférieure. Dans son rapport du 15 mars 2023, le Dr J. _____ fait état d'une situation clinique péjorée par rapport aux constatations de l'expert, ceci alors que son examen n'est intervenu que quelques semaines après la consultation d'expertise du 16 février 2023. Ainsi, le Dr M. _____ mentionnait en février une amélioration de 100% de la sciatique et de plus de 50% des douleurs lombaires et s'appuyait sur cette constatation pour conclure à l'amélioration de la capacité de travail de la recourante. Or, le rapport du 15

mars 2023 du Dr J. _____ constate

C-5498/2023 Page 25 une « persistance voire aggravation des douleurs lombaires qui ont tendance à irradier dans le membre inférieur gauche », ce qui laisse clairement entendre que la sciatique serait réapparue. Cette évolution laisse ainsi ouverte la question d'une potentielle péjoration de l'état de santé entre les consultations d'expertise et la décision de réduction de rente du 5 septembre 2023. Enfin, le Tribunal relèvera encore que les médecins traitants sont unanimes à contester l'appréciation de la capacité de travail de la recourante par l'expert. Ainsi, bien qu'elle ait dans un premier temps attesté d'une évolution légèrement favorable (rapport du 24 août 2022 : OAIE pce 196), la Dresse F. _____ attestait néanmoins d'une incapacité de travail totale. Par la suite, dans son rapport du 18 octobre 2023 (TAF pce 9 annexe 17), le médecin traitant contestait la possibilité de reprise d'une activité adaptée à 80%. De son côté, le Dr J. _____ a également confirmé une amélioration lente et favorable, (rapport du 22 décembre 2022 : OAIE pce 201), sans initialement se prononcer sur la capacité de travail. Toutefois, dans son rapport du 28 février 2024 (TAF pce 9 annexe 21), certes postérieur à la décision attaquée, le Dr J. _____ estime lui aussi qu'une capacité de travail de 80% est « difficilement exigible », en raison de la dégradation de l'état de santé en lien avec des répercussions non seulement lombaires, mais également cervicales.

E. 14.5

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que des doutes importants existent à l'encontre des conclusions du rapport d'expertise neurochirurgicale du Dr M. _____ du 24 avril 2023. Ces doutes, qui portent notamment sur des points essentiels tels que les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail par l'expert, doivent conduire à nier toute valeur probante à son rapport d'expertise.

E. 14.6

S'agissant des avis successifs du SMR des 3 mai 2023 (OAIE pce 208), 19 juillet 2023 (OAIE pce 218) et 20 mars 2024 (TAF pce 12 annexe), dans lesquels le service médical interne à l'autorité inférieure confirme – à tort – la pleine valeur probante du rapport d'expertise du 24 avril 2023 du Dr M. _____, le Tribunal ne saurait leur reconnaître une quelconque valeur probante. Afin d'être exhaustif, il convient de formuler les remarques suivantes sur le contenu du rapport SMR du 20 mars 2024. Dans sa prise de position, le SMR estime que les relevés de la pharmacie N. _____ à (...) détaillant la médication de la recourante, produits par celle-ci à l'appui de ses objections et de son recours, confirmeraient une amélioration des douleurs,

C-5498/2023 Page 26 puisque le traitement par Tramadol serait en diminution. Or, aux yeux du Tribunal, un tel raisonnement ne saurait être suivi. En effet, au contraire des considérations du SMR, il ressort précisément de ces documents qu'après une diminution de cette substance en 2022 (passant de 576 mg/semaine en 2021 à 57mg/semaine en 2022), celle-ci a à nouveau été augmentée en 2023 (192mg/semaine). Ceux-ci ne sont dès lors pas de nature à démontrer une amélioration de l'état de santé de la recourante avant la décision litigieuse du 5 septembre 2023.

E. 15

Dans ces circonstances, l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA ne ressort pas clairement du dossier, ni n'est établie au degré de la vraisemblance

prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). On ne saurait pour autant exclure que l'état de santé de la recourante se soit modifié de manière à influencer notablement son invalidité. En effet, d'une part, l'état de santé de la recourante n'a pas été instruit de façon complète. D'autre part, bien qu'insuffisante sur les questions pertinentes en matière de révision, l'expertise du Dr M. _____ décrit néanmoins une capacité de travail médico-théorique plus large qu'elle ne l'était lors de l'octroi initial de la rente entière d'invalidité. Par conséquent, au vu des incertitudes quant à l'état de santé actuel de la recourante, il s'avère nécessaire de clarifier les faits de la cause, la documentation versée au dossier n'étant pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il y a donc lieu de procéder à une instruction complémentaire.

E. 16.1

Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Selon la jurisprudence, 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 lorsque, 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 disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment 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

C-5498/2023 Page 27 TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.), lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 16.2

En l'espèce, la recourante ayant consenti au renvoi de la cause pour instruction complémentaire dans son courrier du 11 septembre 2024 (TAF pèce 19), l'OAIE mettra en œuvre une expertise médicale comportant au moins un volet de neurochirurgie et de psychiatrie, ainsi que de toute autre discipline jugée nécessaire par les experts ou le SMR (ATF 139 V 349 consid. 3.3). L'ajout d'un volet psychiatrique se justifie par le contenu du rapport médical du 5 mars 2024 (TAF pce 10 annexe 22) de la Dresse O. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, produit en procédure de recours et faisant état d'un suivi psychiatrique depuis le 19 février 2024 – soit postérieur à la décision du 5 septembre 2023. Cette expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1 ; ANNE-SYLVE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). L'expertise sera organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation

prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) –, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPG), dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid.5.2.1 ; arrêt du TF 9C_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7 ; arrêts du TAF C-2141/2020 du 27 mars 2023 consid. 13 ; C-2578/2022 du 16 mars 2023 consid. 8 ; C 6862/2019 du 3 août 2021 consid. 5.3).

E. 17

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 5 septembre 2023 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

C-5498/2023 Page 28 Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire d'aborder les autres griefs de la recourante à l'encontre la décision attaquée, portant notamment sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité sur le marché équilibré du travail et sur les éléments économiques pris en compte par l'autorité inférieure pour déterminer son degré d'invalidité, tout comme son éventuel droit à un reclassement. Quant à sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire, elle doit également être rejetée, dans la mesure où, conformément au considérant 16 du présent arrêt, le renvoi de la cause se justifie compte tenu du fait que la situation médicale de la recourante n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet par l'autorité inférieure.

E. 18.1

Selon l'art. 63 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêt, les émoluments de chancellerie et les débours sont en général mis à la charge de la partie qui succombe (al. 1). Ils peuvent être mis à la charge de la partie qui a gain de cause que si elle les a occasionnés en violant des règles de procédure (al. 3). Aussi la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral est-elle en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI ; cf. arrêt du TF 9C_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.2).

E. 18.2

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 ; 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6).

E. 18.3

Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 800.- versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

E. 18.4

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 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), le Tribunal peut

C-5498/2023 Page 29 allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, laquelle a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts. En l'absence d'un décompte de prestations de la part du mandataire, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de 2'800 francs, tenant compte du travail effectué par ses deux mandataires, qui a consisté en la rédaction d'un mémoire de recours circonstancié et d'une réplique, la transmission de plusieurs rapports médicaux ainsi qu'une prise de position sur la question d'une éventuelle reformatio in peius (TAF pce 19). (le dispositif figure sur la page suivante)

C-5498/2023 Page 30

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