



---

Cour III  
C-392/2018

## Arrêt du 25 février 2020

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Christoph Rohrer, Beat Weber, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France),  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger OAIE,**  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente et à la réadaptation  
(décision du 7 décembre 2017).

**Vu**

la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par A.\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante, l'intéressée, l'assurée) - coiffeuse indépendante née en 1969, domiciliée en France et ayant cotisé à l'AVS/AI depuis 1994 (AI pce 1 p. 4 et pce 49 p. 2) - en raison de lombalgies à l'origine d'incapacités de travail prises en charge dès avril 2015 par l'assureur perte de gain en cas de maladie [...] Assurances (demande du 1<sup>er</sup> novembre 2015 ; AI pces 1, 5, 16, 23 et 34),

le rapport de consultation du 31 mars 2015 dressé par le Dr B.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, qui – après avoir procédé à l'examen clinique de l'assurée – observe chez elle un syndrome radiculaire ainsi qu'un syndrome lombaire apparu 10 jours plus tôt et trouvant sa source dans une hernie discale L4-L5 mise en évidence par un scanner réalisé le 30 mars 2015 (AI pce 16, p. 8),

le rapport de consultation du 17 avril 2015 dans lequel ce même médecin constate une amélioration de la situation clinique de l'assurée, qui présente trois discopathies sévères L3-L4, L4-L5 et L5-S1 documentées par une IRM réalisée le 16 avril 2015 (AI pce 16, p. 8),

le rapport d'IRM du rachis lombaire du 15 octobre 2015, qui met essentiellement en évidence des discopathies protrusives étagées sans contrainte radiculaire avec fissure postérieure des anneaux discaux L3-L4 et L4-L5; s'agissant des vertèbres L5-S1, l'imagerie documente une protrusion discale médiane sans anomalie du cône médullaire terminal et sans étroitesse canalaire constitutionnelle (AI pce 23 p. 4),

la prise de position fournie le 27 octobre 2015 par le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui atteste chez l'assurée une incapacité complète de travail du 26 mars 2015 jusqu'au 3 avril 2015, puis de 50 % depuis lors, ce en raison d'une lombosciatique gauche avec hernie discale à l'origine de douleurs lombaires et sciatalgiques gauches (AI pce 3 p. 4),

les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui suit régulièrement l'assurée et lui reconnaît une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, ce depuis avril 2015 et pour une durée indéterminée (cf. rapports des 18 mars, 26 juillet et 16 décembre 2016 notamment; AI pces 16, et 45 ; cf. toutefois AI pces 32 et 34, p. 4 où le Dr D.\_\_\_\_\_ évoque une incapacité de travail de 50 % à partir d'avril 2016),

la prise de position du 19 octobre 2016 dans laquelle le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du SMR, propose de solliciter l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée (AI pce 38), ainsi que la réponse fournie le 16 décembre 2016 par ce dernier médecin, qui réitère que sa patiente est toujours dans l'impossibilité d'exercer sa profession à plus de 50 % (AI pce 45),

le rapport du 9 février 2017 du Dr E.\_\_\_\_\_, médecin SMR spécialisée en médecine interne générale ([https://www.F.\\_\\_\\_\\_\\_.ch](https://www.F._____.ch)), qui retient que la discopathie protrusive étagée mise en évidence par l'IRM du 15 octobre 2015 constitue « une pathologie qui influence une incapacité de travail de 50 % dans [l'activité] habituelle de coiffeuse », mais qui est compatible d'un point de vue médico-théorique avec l'exercice en plein d'activités n'impliquant pas de position debout prolongée, de port répétitif de charges lourdes de plus de 5 kg, de position en porte-à-faux, de marche en terrain irrégulier, de mouvements de rotation du rachis et la montée et la descente d'escaliers (AI pce 47),

le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante réalisé par l'Office cantonal des assurances-sociales du canton de G.\_\_\_\_\_ et dont il ressort que l'assurée – à qui un revenu sans invalidité de Fr. 12'085.- est reconnu – a repris son activité de coiffeuse à 50 % dès le mois d'octobre 2015 (AI pce 55),

l'évaluation par l'Office cantonal des assurances-sociales du canton de G.\_\_\_\_\_ du degré d'invalidité à 0 % en raison d'un revenu sans invalidité indexé de Fr. 12'867.- et d'un revenu d'invalidité de Fr. 48'649.- (AI pce 56),

la décision du 7 décembre 2017 en confirmation du projet de décision de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure) du 25 octobre 2017 refusant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, motif pris que ses atteintes n'entraînent aucune perte de gain (TAF pce 1 annexe),

le recours déposé le 18 janvier 2018 (timbre postal) contre cette décision par l'assurée, qui conclut principalement à ce qu'une rente d'invalidité complète lui soit allouée et, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'autorité précédente pour nouvelle décision (TAF pce 1),

la réponse du 5 juillet 2018 par laquelle l'OAIE, en référence à une prise de position fournie en la cause par l'office AI du canton G.\_\_\_\_\_, conclut

au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 12),

les écritures postérieures des parties, qui persistent dans leurs positions respectives (TAF pces 14 et 16),

### **et considérant**

qu'en vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE, étant précisé que les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce,

que la procédure devant le TAF en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI),

que la recourante a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA),

que le recours correspond aux formes requises par la loi (cf. art. 52 PA) et a été déposé en temps utile (cf. art. 60 LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière, l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 4 PA),

que la cause doit être tranchée non seulement au regard du droit suisse, mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et ses règlements n°883/2004 et 987/2009 (RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11) ; le droit à une rente d'invalidité suisse reste toutefois déterminé d'après les dispositions légales suisses, sans que les autorités ne soient liées par les décisions de la sécurité sociale étrangère (cf. art. 46 par. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 257 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1),

que dans un grief d'ordre formel, la recourante reproche à l'autorité précédente de ne pas l'avoir auditionnée en dépit de sa demande ; en cela, elle semble se plaindre d'une violation des règles en matière de preuve, si bien

que l'argument sera examiné avec le fond du litige (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 9C\_364/2015 du 1<sup>er</sup> juillet 2015, consid. 3),

qu'au plan matériel, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures de réadaptation en raison de sa demande du 1<sup>er</sup> novembre 2015,

que selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c) ; en outre, pour avoir droit à une rente ordinaire d'invalidité, l'assuré doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI),

qu'aux termes par ailleurs de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b),

que pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1),

que l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; cf. également TF 8C\_135/2016 du 23 décembre 2016, consid. 5.1) ; en outre, la valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est 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 (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),

qu'en l'occurrence, l'OAIE retient dans la décision entreprise qu'en dépit des atteintes à sa santé, l'assurée ne présente aucune perte de gain dans la mesure où elle reste à même de réaliser un revenu supérieur à celui qui était le sien lorsqu'elle travaillait à temps complet en tant que coiffeuse indépendante ; faute ainsi d'être invalide ou d'être menacée d'invalidité, elle ne dispose pas du droit aux prestations litigieuses,

qu'à l'appui de son recours, l'assurée reproche à raison à l'autorité inférieure d'avoir établi les faits de façon incorrecte,

qu'en effet, pour évaluer les circonstances médicales pertinentes dans le cas d'espèce, l'autorité précédente s'est fondée essentiellement sur la prise de position de son médecin-conseil du 9 février 2017, qui a évalué la capacité médico-théorique de l'intéressée sans procéder à son examen médical personnel,

que selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est toutefois soumise à des exigences sévères lorsque l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme en l'espèce, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts » ; entre autres: TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015),

qu'en l'occurrence, la situation médicale de l'assurée apparaît certes dénuée d'équivoque s'agissant des atteintes lombaires, documentées par imagerie (AI pce 23) ; il en va en revanche différemment des troubles radiculaires, qui ont été rapportés par le Dr B. \_\_\_\_\_ sans pour autant être clairement objectivés au moyen d'appareils diagnostics, l'IRM du 15 octobre 2015 excluant en particulier toute « contrainte radiculaire » (AI pce 23) ; par ailleurs, aucun rapport médical de spécialiste n'établit de façon pertinente les conséquences de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assurée, eu égard à son status clinique ; seules les prises de position du Dr B. \_\_\_\_\_ seraient dans ce contexte susceptibles d'entrer en considération (AI pce 16 p. 8) ; dans la mesure où elles ont été fournies en 2015, au moment du déclenchement des symptômes liés aux discopathies et à la hernie discale L4-L5, ces prises de position n'apparaissent toutefois pas suffisantes pour se prononcer - au moyen uniquement d'une appréciation documentaire d'un médecin généraliste rattaché à une assurance - sur l'état de santé de l'assurée au moment déterminant de la décision attaquée (ATF 129 V 222) ; d'ailleurs, le Dr E. \_\_\_\_\_ ne fait référence ni aux observations cliniques menées par ses confrères, ni aux plaintes exprimées par l'intéressée ; à la lecture de son appréciation succincte du 9 février 2017, il semble bien plutôt avoir déterminé la capacité médico-théorique de l'assurée au regard du seul diagnostic (« [une discopathie protrusive étagée] est une pathologie qui influence une incapacité de travail de 50 % [...] », AI pce 42) ; or, une telle façon de faire ne convainc pas, surtout qu'il existe semble-t-il une discrépance entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives, du moins s'agissant des troubles radiculaires (AI pces 16 et 23) ; aussi la prise de position du Dr E. \_\_\_\_\_ ne tient-elle pas suffisamment compte de la situation personnelle de l'intéressée et contrevient à la jurisprudence précitée,

que par ailleurs, le médecin SMR a fourni son avis du 9 février 2017 sans disposer de l'avis du médecin traitant de l'assurée quant à la capacité de celle-ci à travailler dans une activité adaptée ; or, à partir du moment où le Dr H. \_\_\_\_\_ avait expressément sollicité un tel avis – sans pour autant obtenir les renseignements escomptés (AI pces 38 et 45) –, il appartenait à tous le moins au Dr E. \_\_\_\_\_ d'exprimer les raisons permettant de trancher en l'état,

que dans ces conditions, on peine à se convaincre que les conclusions du médecin-conseil soient intervenues en toute connaissance de cause et reflètent la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Ainsi, en présence de doutes quant à son bien-fondé, le rapport médical du 9 février 2017 retenu

à la base de la décision attaquée ne présente pas une valeur probante suffisante et doit être écarté,

qu'en définitive, il n'est en l'état actuel du dossier pas possible d'établir l'état de santé de l'assurée et, par conséquent, de se prononcer sur les droits litigieux. Aussi l'instruction doit-elle être complétée par la mise en œuvre d'un examen complet et détaillé de l'état de santé de cette dernière,

qu'à cette fin, le dossier sera renvoyé à l'autorité précédente, qui a constaté les faits médicaux à la base de la décision attaquée de façon excessivement sommaire en sollicitant simplement une prise de position succincte et sur dossier de son médecin-conseil (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C\_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Singulièrement, il s'agira pour l'OAIE d'établir la capacité résiduelle de travail de l'assurée en mettant en œuvre, en Suisse et dans le respect de l'art. 72<sup>bis</sup> RAI, une expertise comprenant à tout le moins des volets rhumatologique et neurologique (art. 29 LAI et 81 du règlement (CE) n° 883/2004),

qu'en ce sens, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour nouvelle décision,

que vu l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure, la recourante ayant eu gain de cause (cf. 63 al. 1 et 3 PA), des frais n'étant en outre pas mis à la charge de l'autorité (cf. art. 63 al. 2 PA) ; il n'est de plus pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]),

**le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 7 décembre 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE dans le sens des considérants.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée à la recourante avec l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (recommandé avec avis de réception ; annexe : formulaire de paiement)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. 756[...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Theubet

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :