



## Arrêt du 14 novembre 2023

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Beat Weber, Vito Valenti, juges,  
Séverin Tissot-Daguette, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France),  
représentée par Maître Mathias Eusebio,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 23 juillet 2021).

**Faits :****A.**

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante, l'assurée ou l'intéressée) est une ressortissante française, domiciliée en France (OAIE pce 1). Au bénéfice d'un permis G pour frontalier (OAIE pce 8 p. 34), elle a exercé plusieurs emplois dans l'horlogerie en Suisse (OAIE pce 10 p. 38), le dernier pour le compte de l'entreprise B.\_\_\_\_\_, à travers une société de location de services (OAIE pce 14 p. 43, 18).

**B.**

**B.a** Après plusieurs malaises sur son lieu de travail depuis 2014, la recourante se soumet à plusieurs IRM cérébrales en mai 2015 et septembre 2015, qui mettent en évidence de nombreuses lésions de la substance blanche au niveau sus tentorial (OAIE pces 16 p. 59 et OAIE pce 28 p. 869). Cette découverte conduit les médecins traitants à diagnostiquer une leucopathie d'origine vasculaire, dans un contexte d'hypertension artérielle sévère (rapport médical du 29 octobre 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, neurologue : OAIE pce 16 p. 57), tandis que la recourante souffre de céphalées et de troubles de la mémoire (rapport médical du 12 novembre 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_, généraliste : OAIE pce 16 p. 61). Après plusieurs examens au Centre hospitalier de (...) (rapports des 6 janvier 2016 et 11 février 2016 : OAIE pces 28 p. 85, 86, 30 p. 95 et 32 p. 108), la recourante dépose le 12 février 2016 une demande de prestations AI pour adultes (OAIE pce 1) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton F.\_\_\_\_\_. Dans le cadre de l'instruction, des troubles neuropsychologiques, des plaintes fonctionnelles et des paresthésies au niveau des membres gauche supérieur et inférieur sont mis en évidence (rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ des 25 mars et 25 novembre 2016, du 30 juin 2017 : OAIE pces 30 p. 90, 46 p. 151, 55 p. 165 ; rapport du 27 avril 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_ : OAIE pce 39 p. 127, 131 et 132). Reprenant les conclusions et le contenu des rapports récapitulatifs du Dr D.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2017 (OAIE pces 63 p. 177 et 64 p. 190), le rapport final SMR du 17 octobre 2017 (OAIE pce 65 p. 194) retient une capacité de travail nulle dans toute activité. Les diagnostics de leucopathie sévère d'allure vasculaire et d'hypertension artérielle déstabilisée sous quadrithérapie sont retenus. Le SMR se réfère au bilan neuropsychologique qui atteste d'un niveau de lecture de 8 ans et 6 mois et qu'aucune voie de lecture n'est efficiente. Le trouble des fonctions exécutives touche en particulier les activités de planification et de résolution des problèmes, et entraîne de la fatigabilité.

Par décision du 23 novembre 2017 (OAIE pce 75 p. 219), rendue par l'Office AI 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 dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016.

### **C.**

**C.a** Le 9 décembre 2019 (OAIE pce 80 p. 232), l'OAI du canton F.\_\_\_\_\_ adresse un questionnaire pour la révision de rente à la recourante, auquel elle répond le 4 décembre 2019 (OAIE pce 81 p. 233).

**C.b** Dans le cadre de l'instruction de la procédure de révision, l'OAI du canton F.\_\_\_\_\_ recueille plusieurs rapports médicaux auprès des médecins traitants de la recourante. Hormis un syndrome des jambes sans repos, non incapacitant, les diagnostics sont inchangés. Une incapacité de travail totale, avec des troubles cognitifs (désorientation, lenteur, dyscalculie, confusion, trouble de la concentration, perte de mémoire), est toujours en cours. Le traitement a été modifié pour cause de grossesse. Le QI est normal, quoique modeste et le score MMS est de 20/30 (rapports médicaux non datés du Dr H.\_\_\_\_\_, neurologue : OAIE pces 82 p. 236, 84 p. 242 et 90 p. 257 ; rapport médical du 20 janvier 2020 du Dr D.\_\_\_\_\_ : OAIE pce 86 p. 248).

**C.c** Estimant que les informations transmises par les médecins traitants sont insuffisantes et suspectant une amélioration de l'état de santé, le SMR recommande, dans son avis du 27 mars 2020 (OAIE pce 93 p. 264) de procéder à une expertise neurologique et neuropsychologique.

**C.d** Dans son rapport d'expertise neurologique du 14 septembre 2020 (OAIE pce 105 p. 303), le Dr I.\_\_\_\_\_ relève des anomalies de la substance blanche sous-corticale, hyperintense en T2 et en FLAIR, quelques-unes hypointense en T1, sans prise de contraste, qu'il qualifie de leucoaraïose, affection qui n'a, selon lui, pas de traduction clinique chez la personne jeune. L'assurée présente également des céphalées épisodiques compatibles avec une migraine sans aura (G43.0). Le status neurologique est décrit par l'expert comme rigoureusement normal, alors que l'exploration neuropsychologique, qui fait l'objet d'un rapport séparé daté également du 14 septembre 2020, rédigé par Mme K.\_\_\_\_\_, psychologue (OAIE pce 105 p. 315), aurait surtout mis en évidence une majoration de symptômes. Sur la base de ces éléments, sur le plan neurologique et neuropsychologique, les experts estiment n'avoir aucun argument pour considérer qu'il existe une pathologie cliniquement

significative avec une répercussion sur la capacité de travail, et ceci ne l'a selon eux vraisemblablement jamais été. En conclusion, l'état de santé est décrit comme étant stable, la recourante n'ayant jamais présenté de limitations fonctionnelles significatives sur le plan neurologique et neuropsychologique et étant donc apte à travailler à 100% dans l'activité actuelle.

**C.e** L'avis SMR du 7 octobre 2020 (OAIE pce 106 p. 326), établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, estime que l'expertise conjointe du Dr I.\_\_\_\_\_ et de Mme K.\_\_\_\_\_ est probante. Selon le médecin du SMR, l'état de santé de l'assuré s'est amélioré, avec une hypertension stabilisée, une diminution du traitement, la disparition des troubles neurologiques et neuropsychologiques ainsi que l'absence de répercussion dans les activités ménagères. Il rappelle qu'outre un syndrome des jambes sans repos non incapacitants et non traité, les médecins traitants n'ont pas mentionné d'autres atteintes, en particulier sur le plan psychique. Il est dès lors conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, dès la date de l'expertise.

**C.f** Dans un rapport daté du 15 octobre 2020 (OAIE pce 112 p. 335) le Dr H.\_\_\_\_\_ conteste les conclusions de l'expertise conjointe du Dr I.\_\_\_\_\_ et de Mme K.\_\_\_\_\_, insistant sur les troubles neuropsychologiques présentés par sa patiente et l'hypertension non maîtrisée. Le SMR confirme toutefois la valeur probante de l'expertise dans son avis du 24 février 2021 (OAIE pce 115 p. 340).

**C.g** Par projet de décision du 12 mars 2021 (OAIE pce 116 p. 342), la recourante est informée de la future suppression de sa rente d'invalidité.

**C.h** Dans les suites de ce projet de décision, la recourante dépose des objections (OAIE pce 119 p. 353) et produit plusieurs ordonnances médicales (OAIE pce 117 p. 350 et 351) ainsi que les résultats d'une prise de sang (OAIE pce 117 p. 346 à 349). Elle fournit également le rapport du 23 juin 2021 (OAIE pce 125 p. 359) de la Dresse L.\_\_\_\_\_, cardiologue, qui évoque des pics hypertensifs, ainsi qu'un bref certificat du Dr D.\_\_\_\_\_ du 17 juin 2021 (OAIE pce 126 p. 361). Les avis SMR des 19 avril et 8 juillet 2021 (OAIE pces 120 p. 354 et 127 p. 362) concluent à l'absence de nouveaux éléments et confirment les précédentes conclusions du SMR.

**C.i** Par décision du 23 juillet 2021 (OAIE pce 131 p. 368), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure)

notifie à la recourante la suppression de sa rente d'invalidité, son état de santé s'étant amélioré compte tenu de la pleine capacité de travail désormais attestée dans son activité habituelle.

#### **D.**

**D.a** Le 14 septembre 2021 (TAF pce 1), la recourante interjette recours à l'encontre de la décision du 23 juillet 2021, concluant à son annulation et, en substance, au maintien de sa rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle sollicite également d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. A l'appui de ses conclusions, la recourante fait valoir que l'instruction médicale mise en œuvre n'a pas permis de démontrer une amélioration de son état de santé et conteste, en substance, la valeur probante de l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_. Elle joint en annexe les rapports médicaux de deux neurologues, les Drs H.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, datés des 5 août (OAIE pce 135 p. 375) et 2 septembre 2021 (OAIE pce 140 p. 423). En cours de procédure, la recourante produit encore, à l'occasion de sa réplique du 21 mars 2022 et de ses envois spontanés des 29 septembre 2022 et 17 février 2023 (TAF pces 11, 17 et 24), les rapports médicaux du 22 février 2022 du Dr H.\_\_\_\_\_ et du 3 mars 2022 du Dr D.\_\_\_\_\_, le rapport neuropsychologique des 31 août et 16 septembre 2022 de Mme O.\_\_\_\_\_, psychologue, ainsi que le rapport médical du 19 décembre 2022 du Dr N.\_\_\_\_\_, neurologue. Il ressort en substance des rapports produits que les médecins traitants de la recourante contestent l'amélioration de l'état de santé retenue par l'autorité inférieure ainsi que les conclusions de l'expertise menée dans le cadre de la révision de rente. Selon eux, la leucopathie dont souffre la recourante est responsable de troubles neuropsychologiques. Si le Dr M.\_\_\_\_\_ confirme avoir constaté des éléments volitionnels lors de sa consultation, soulignant la nécessité d'une approche multi-dimensionnelle, le Dr H.\_\_\_\_\_ et Mme O.\_\_\_\_\_ attestent que des tests visant à évaluer une éventuelle simulation des troubles se sont avérés négatifs.

**D.b** Par décision incidente du 18 novembre 2021 (TAF pce 4), la recourante est mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et dispensée du paiement des frais de procédure. Me Mathias Eusebio est désigné avocat d'office.

**D.c** Dans sa réponse du 14 janvier 2022, qui sera confirmée dans sa duplique et ses prises de position des 23 novembre 2022 et 22 mars 2023 (TAF pces 7, 15, 22 et 27), l'OAIE, se référant aux préavis rédigés par l'OAI

du canton F. \_\_\_\_\_ confirme la décision attaquée, estimant que l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_, ainsi que d'autres éléments dans le dossier, mettent en évidence une amélioration de l'état de santé de la recourante. Le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 19 décembre 2022 est considéré par l'autorité inférieure comme une nouvelle demande de prestation au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, qui sera instruite « dès l'entrée en force de la décision du 23 juillet 2021 ».

## **E.**

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

## **Droit :**

### **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 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

**1.1** 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.

**1.2** 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. d<sup>bis</sup> 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. 3.2).

**1.3** Quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.4** 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), le recours est recevable.

### **2.**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 23 juillet 2021, par laquelle l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité servie à la recourante, au motif que celle-ci aurait retrouvé sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrière en horlogerie.

**3.** L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante est une ressortissante française, domiciliée en France, Etat membre de l'Union européenne (UE), et a été assurée à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI ; ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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).

#### **4.**

**4.1** Au sens de l'art. 49 PA, le recourant 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).

**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, 3<sup>ème</sup> 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, 2<sup>ème</sup> 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, 3<sup>ème</sup> 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).

## **5.**

**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 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 23 juillet 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [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), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

**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 23 juillet 2021). 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.).

## 6.

Il y a également lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 RAI, 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, tandis que l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

Etant donné que la recourante a son domicile en France voisine et qu'elle a travaillé en Suisse, elle doit être qualifiée de frontalière, si bien que c'est à bon droit que l'OAI du canton F.\_\_\_\_\_ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision attaquée.

## 7.

**7.1** 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 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, 1<sup>ère</sup> 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, 2<sup>ème</sup> phrase LPGA).

**7.2** 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 LPGGA) 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 LPGGA) à 40% au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI, une rente au sens de l'art. 28 al. 1 LAI n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> LAI n'ont pas été épuisées.

## **8.**

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C\_339/2017 du 1<sup>er</sup> février 2018 consid. 3).

## **9.**

**9.1** 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 (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1).

**9.2** 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).

**9.3** 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 plaidant 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 ; MICHEL 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

**9.4** 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).

**9.5** Les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels 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 ou sa patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci ou à celle-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). Ainsi, 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).

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 ; MICHEL 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).

#### **10.**

S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour

le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

## 11.

En l'espèce, par la décision litigieuse du 23 juillet 2021, l'autorité inférieure a procédé à la suppression de la rente entière d'invalidité accordée à la recourante par la décision initiale du 23 novembre 2017, estimant que son état de santé s'était amélioré et qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrière en horlogerie.

Dans ces circonstances, conformément à l'art. 17 LPGA et à une jurisprudence constante (cf. consid. 8 *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 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 23 novembre 2017, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 23 juillet 2021, date de la décision attaquée.

## 12.

**12.1** La décision initiale du 23 novembre 2017 a alloué une rente entière d'invalidité en faveur de la recourante, compte tenu d'une totale incapacité de travail dans toute activité. Suite à plusieurs malaises survenus sur son lieu de travail depuis 2014, une IRM cérébrale réalisée en mai 2015 a mis en évidence de nombreuses lésions de la substance blanche au niveau sus tentorial (OAIE pces 16 p. 59 et 28 p. 86). Les examens réalisés ultérieurement ont abouti au diagnostic de leucopathie d'allure vasculaire dans le cadre d'une hypertension artérielle sévère (OAIE pces 16 p. 51 et 57, 28 p. 86 et 63 p. 177). Des troubles de la mémoire, des céphalées, une asthénie, des difficultés de concentration ont été mentionnés par les médecins traitants (OAIE pces 16 p. 61 et 30 p. 90), ainsi que de

nombreuses plaintes fonctionnelles : des malaises avec sensation de manque d'air, d'étouffement, de pâleur, d'une durée de 15 minutes, une fois par mois, accompagnées de photo-phono-phobies, de nausées, de vomissements et aggravées par l'effort ; des blocages de l'hémicorps gauche, incluant la face, avec notion de paresthésies, sans réel déficit moteur ; paresthésies des deux mains ; épisodes d'angoisse (OAIE pces 39 p. 127 et 46 p. 151). Des troubles cognitifs, surtout dysexécutifs, ont été décrits comme importants et mis en rapport avec la leucopathie vasculaire (OAIE pces 55 p. 165, 63 p. 177 et 64 p. 190). Il existait également une dyslexie ancienne (OAIE pces 55 p. 165 et 63 p. 177).

Dans son rapport final du 17 octobre 2017 (OAIE pce 65 p. 194), le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité, en raison d'une leucopathie sévère d'allure vasculaire et d'une hypertension artérielle déstabilisée sous quadrithérapie. Un bilan neuropsychologique avait mis en évidence selon le SMR un niveau de lecture de 8 ans et 6 mois, aucune voie de lecture n'étant efficiente, ainsi qu'un trouble des fonctions exécutives affectant en particulier les activités de planification et de résolution des problèmes, entraînant de la fatigabilité.

## **12.2**

**12.2.1** De son côté, la décision querellée du 23 juillet 2021 procède à la suppression de la rente accordée initialement, estimant que l'état de santé s'est amélioré depuis son octroi et que la capacité de travail est désormais entière.

**12.2.2** Cette décision est fondée sur les avis SMR des 7 octobre 2020 et 24 février 2021 (OAIE pces 106 p. 326 et 112 p. 335), qui estiment que l'expertise conjointe du Dr I. \_\_\_\_\_, neurologue, et de Mme K. \_\_\_\_\_, neuropsychologue, mise en œuvre dans le cadre de la révision de rente, est probante (cf. consid. 12.2.3 ; rapports d'expertise du 14 septembre 2020 : OAIE pce 105 p. 303 et 315).

Par ailleurs, selon le SMR, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré. L'hypertension artérielle est décrite comme étant stabilisée, ne nécessitant plus qu'une monothérapie. Les troubles neurologiques (malaises, blocages de l'hémicorps G, paresthésies aux deux mains, troubles de la concentration) et neuropsychologiques (défaut de planification, d'organisation et de résolution des problèmes notamment) ne sont plus retrouvés, l'examen neurologique étant normal et l'exploration neuropsychologique ayant surtout mis en évidence une majoration de

symptômes. Le SMR relève également que l'assurée ne présente plus aucune répercussion dans les activités ménagères, a accouché d'un troisième enfant, vit de manière autonome et conduit même un véhicule. Il rappelle enfin qu'outre un syndrome des jambes sans repos non incapacitant et non traité, le généraliste n'a pas mentionné d'autres atteintes, en particulier sur le plan psychique. La capacité de travail est donc décrite comme entière dans l'activité habituelle d'ouvrière en horlogerie, dès la date de l'expertise, sans limitation fonctionnelle.

**12.2.3** S'agissant plus précisément de l'expertise neurologique et neuropsychologique du Dr I.\_\_\_\_\_ et de Mme K.\_\_\_\_\_, celle-ci fait l'objet de deux rapports distincts, datés du 14 septembre 2020 (OAIE pce 105 p. 303 et 315). En substance, le Dr I.\_\_\_\_\_ relève sur le plan neuroradiologique, des anomalies de la substance blanche sous-corticale, hyperintense en T2 et en FLAIR, quelques-unes hypointense en T1, sans prise de contraste. Selon l'expert, chez la personne jeune, de telles anomalies neuroradiologiques peuvent apparaître dans de nombreuses situations, parmi lesquelles l'hypertension artérielle. Dans ces conditions, il s'agit dans la grande majorité des cas d'anomalies purement radiologiques sans traduction clinique. Le terme descriptif est leucoaraïose. En second lieu, l'assurée présente selon lui des céphalées épisodiques compatibles avec une migraine sans aura (G43.0).

A l'heure de son examen, le Dr I.\_\_\_\_\_ est face à une femme qui lui apparaît en bonne santé, avec un status neurologique rigoureusement normal, non ralentie, et dont l'exploration neuropsychologique par Mme K.\_\_\_\_\_ a surtout mis en évidence une majoration de symptômes. Sur la base de ces éléments, sur le plan neurologique et neuropsychologique, les experts estiment conjointement n'avoir aucun argument pour considérer qu'il existe une pathologie cliniquement significative avec une répercussion sur la capacité de travail, et ceci ne l'a vraisemblablement jamais été. Sur le plan neurologique, le status est normal et en tenant compte des éléments à disposition dans le dossier, l'assurée n'a selon le Dr I.\_\_\_\_\_ vraisemblablement jamais présenté d'épisode vasculaire de type AVC ou AIT. Ce médecin retient par ailleurs qu'une atteinte cognitive est peu vraisemblable. En conclusion, l'état de santé est décrit comme stable, et la recourante n'a de son point de vue jamais présenté de limitations fonctionnelles significatives sur le plan neurologique et neuropsychologique, ce qui conduit l'expert à retenir une pleine capacité de travail dans l'activité actuelle et une absence de répercussion dans les activités ménagères.

**13.**

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports médicaux à l'origine de la suppression 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 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 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 différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne saurait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médical 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. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

**14.**

Après une étude attentive du dossier, le Tribunal arrive à la conclusion 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.

**15.**

En effet, sur le plan neurologique, la valeur probante des conclusions du rapport d'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ du 14 septembre 2020 (OAIE pce 105 p. 303) doit être niée. D'une part, celui-ci ne prend aucunement position sur la modification potentielle de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initial de la rente. En effet, l'expert se borne à considérer que l'état de santé est stable, et que l'assurée n'a jamais présenté de limitations fonctionnelles significatives sur le plan neurologique et neuropsychologique. Poursuivant son raisonnement, il se déclare « interpellé » de l'octroi d'une rente entière uniquement sur la base d'une hypertension artérielle et d'une imagerie cérébrale. Il considère que

l'hypertension artérielle, même sévère, est une maladie silencieuse. Quant à la leucoaraïose, il s'agit selon lui essentiellement d'anomalies IRM, qui ne présentent pas de traduction clinique chez la personne jeune dans le cadre de l'hypertension artérielle ou de la migraine. Par son raisonnement, l'expert neurologue fait exclusivement prévaloir une appréciation différente de la situation qui prévalait au moment de l'octroi de la rente, et non une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA, hypothèse sur laquelle il ne se prononce guère. Partant, son raisonnement est dépourvu de valeur probante dans le contexte d'une procédure de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

Il convient également d'ajouter que la conclusion – pour le moins péremptoire – du Dr I.\_\_\_\_\_, consistant à considérer que les atteintes présentées par la recourante ne peuvent pas entraîner des limitations fonctionnelles, ne repose sur aucune argumentation ou explication, ni référence à la doctrine médicale, ce qui aurait été nécessaire au vu des très nombreux rapports d'un avis contraire figurant dans le dossier. Ainsi, dans le cadre de l'instruction ayant abouti à l'octroi initial de la rente, les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ des 30 juin et 26 septembre 2017 (OAIE pces 55 p. 163 et 63 p. 177) mettent les troubles cognitifs présentés par la recourante en rapport avec la leucopathie vasculaire. Dans le cadre de la procédure de révision de rente, le Dr H.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 octobre 2020 (OAIE pce 112 p. 335), explique avoir « reçu le compte-rendu d'expertise neuropsychologique et de l'expertise neurologique réalisées à la demande de l'AI suisse ». Il précise que ce compte-rendu est tout à fait déroutant et étonnant, ses Confrères considérant tout simplement que la patiente a une leucoaraïose banale sans retentissement cognitif, raisonnement qu'il qualifie d' « absolument révoltant ». Le 5 août 2021 (OAIE pce 135 p. 375), le Dr H.\_\_\_\_\_ mentionne la présence de troubles cognitifs préoccupants et organiques. Dans son rapport du 2 septembre 2021 (OAIE pce 140 p. 423), le Dr M.\_\_\_\_\_ indique que les atteintes à la substance blanche « peuvent contribuer en partie aux difficultés de fonctionnement exécutif et attentionnel ». Enfin, le rapport du 19 décembre 2022 (TAF pce 24) du Dr N.\_\_\_\_\_ précise également que sa patiente présente des troubles cognitifs significatifs d'aggravation progressive en lien avec une leucopathie vasculaire. Ces rapports émanent certes des médecins traitants et il convient de les apprécier en tenant compte de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique (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 ne dispensait toutefois

pas l'expert de fournir une explication circonstanciée et documentée sur ses conclusions divergentes.

Cela se justifie d'autant plus que si l'expert est, on l'a vu, très affirmatif dans ses conclusions (OAIE pce 105 p. 313 et 314), il l'est beaucoup moins dans le chapitre « diagnostics » de son rapport (OAIE pce 105 p. 310), où il déclare que « dans ces conditions, il s'agit *dans la grande majorité des cas* d'anomalie purement radiologique sans traduction clinique ». Or, l'expert n'explique pas pour quelles raisons les lésions de la substance blanche retrouvées chez la recourante n'auraient, dans son cas, pas de traduction clinique. Un tel silence remet fortement en cause la valeur probante de son raisonnement.

Il est vrai que le Dr I. \_\_\_\_\_ conclut désormais à une pleine capacité de travail sur le plan neurologique, ce qui contraste fortement avec la totale incapacité retenue lors de l'octroi initial de la rente. Toutefois, ses conclusions ne sont pas suffisamment convaincantes, surtout dans le contexte spécifique d'une révision d'une rente accordée par une décision antérieure, une amélioration de l'état de santé ne ressortant pas clairement de son rapport d'expertise du 14 septembre 2020.

## 16.

S'agissant du rapport d'examen neuropsychologique du 14 septembre 2020 de Mme K. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 105 p. 315), celui-ci ne permet pas non plus d'établir une amélioration de l'état de santé de la recourante. A l'issue de son examen, l'experte parvient en effet à la conclusion qu'il ne lui est pas possible de se prononcer sur la présence de troubles neuropsychologiques, sur leur gravité et sur leur répercussion sur la capacité de travail, dans un contexte de résultats peu valides et d'étiologies combinées antérieures à l'atteinte à la santé actuelle. Elle évoque une majoration des symptômes, vraisemblablement pour des raisons psychiques, une composante affective, ainsi qu'une panoplie de symptômes et de plaintes non spécifiques et inductibles qui dépassent largement ce qui peut s'expliquer par la leuco-encéphalopathie. En page 8 de son rapport (OAIE pce 105 p. 322), Mme K. \_\_\_\_\_ ajoute que même si dans ce contexte médical de leucopathie, il est possible que l'assurée souffre de troubles neuropsychologiques, la sévérité du tableau et le profil qualitatif comportent des résultats peu crédibles et une majoration de symptômes qui rendent difficile de faire la part entre des troubles avérés ou exagérés, des symptômes anciens ou récents, des troubles congénitaux (comme la dyslexie qui est vraisemblable, mais possible comorbidité avec d'autres troubles des apprentissages), des troubles

acquis avec la méningite à l'âge de 20 ans (et n'ayant pas empêché un emploi régulier) ou liés à la leucopathie peu spécifique. Il existe également selon elle une possible composante affective des plaintes chez une assurée décrivant une baisse de moral, tout en ayant tendance à en banaliser l'impact.

Ainsi, l'experte neuropsychologue ne se prononce pas formellement sur la présence ou non de troubles neuropsychologiques chez la recourante. Elle n'examine pas non plus l'évolution de l'état de santé depuis l'octroi de la rente en 2017, ce qui, tout comme pour le rapport d'expertise neurologique du Dr I.\_\_\_\_\_, plaide fortement contre la valeur probante de son rapport (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

A ce stade, le Tribunal relève qu'un tel examen était d'autant plus nécessaire que certaines des constatations de Mme K.\_\_\_\_\_, en particulier concernant la « panoplie de symptômes et de plaintes non spécifiques et inductibles » étaient – au moins en partie – déjà présentes lors de l'instruction ayant conduit à l'octroi de la rente en 2017. Ainsi, dans le rapport d'intervention précoce du 10 mars 2016 (OAIE pce 18), le gestionnaire du dossier relevait notamment que la recourante ne supportait ni le bruit, ni la forte lumière. Le matin au lever, elle avait toujours trop de pression et après avoir débuté son petit déjeuner, elle devait vomir. En huit mois, elle avait perdu 15 kilos. Elle ne pouvait plus conduire que sur de très courtes distances, chercher ses enfants à l'école, mais elle y allait le plus souvent à pied, de peur de faire un malaise. De même, le rapport du 27 avril 2016 (OAIE pce 39 p. 127, 131 et 132) du Dr G.\_\_\_\_\_, assistant des hôpitaux, reçu le 5 septembre 2016 par l'OAI JU, relatait des plaintes fonctionnelles nombreuses, à savoir notamment : des malaises avec sensation de manque d'air, d'étouffement, de pâleur, d'une durée de 15 minutes, une fois par mois, accompagnées de photo-phono-phobies, de nausées, de vomissements et aggravées par l'effort ; des blocages de l'hémicorps gauche, incluant la face, avec notion de paresthésies, sans réel déficit moteur ; des troubles de la concentration, avec une asthénie et une fatigabilité ; paresthésies des deux mains ; épisodes d'angoisse.

Sur le fond, il convient d'ajouter que l'appréciation de l'experte neuropsychologue sur la nature, volontaire ou non, de l'exagération des symptômes qu'elle relève, contient des contradictions. En effet, en conclusion de son rapport (OAIE pce 105 p. 322), celle-ci l'attribue à des origines psychiques, sous-entendant par là un comportement involontaire de la recourante – hypothèse qui rejoint les conclusions du rapport du 15 octobre 2020 du Dr H.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 112 p. 335) et du bilan

neuropsychologique des 31 août et 16 septembre 2022 de Mme O. \_\_\_\_\_, produit devant le Tribunal (TAF pce 17) –, alors que, quelques lignes plus haut, elle relève que la recourante remplit les critères de Sherman et coll. (2020) de « majoration volontaire de symptômes » (OAIE pce 105 p. 322). Pour cette raison également, il convient de nier toute valeur probante au rapport de la neuropsychologue K. \_\_\_\_\_.

#### 17.

Quoi qu'il en soit, selon l'experte neuropsychologue, l'état de santé de la recourante pourrait s'expliquer par d'autres atteintes que celles découlant uniquement de la neurologie. Ainsi, elle considère que celui-ci est susceptible d'être influencé par des troubles congénitaux (dyslexie vraisemblable, comorbidité possible avec d'autres troubles des apprentissages), des troubles acquis avec la méningite à l'âge de 20 ans (et n'ayant pas empêché un emploi régulier) ou liés à la leucopathie peu spécifique. Il existe également une possible composante affective des plaintes chez une assurée décrivant une baisse de moral, tout en ayant tendance à en banaliser l'impact.

La complexité de l'état de santé et la possible interaction entre des atteintes relevant de plusieurs disciplines médicales est par ailleurs confirmée par le rapport médical du 2 septembre 2021 du Dr M. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 140 p. 423), neurologue à la Consultation spécialisée de la mémoire au Centre hospitalier de (...), certes postérieur à la décision attaquée, mais qui doit néanmoins être pris en considération car il est étroitement lié 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.). Ce rapport confirme la présence d'éléments volitifs lors de sa consultation, sans toutefois que le médecin traitant ne s'exprime quant à l'origine consciente ou non de l'exagération. Concernant l'imputabilité de diagnostics aux symptômes observés, le Dr M. \_\_\_\_\_ estime qu'il est utile d'avoir une approche multidimensionnelle. Les éléments factuels objectifs concernent des anomalies significatives de substance blanche d'allure microangiopathique observés sur les IRM et évolutives, ce dans un contexte d'hypertension artérielle qui n'est pas contrôlé. Cette atteinte assez marquée de la substance blanche peut selon lui contribuer en partie aux difficultés de fonctionnement exécutif et attentionnel. A cela, s'ajoute des éléments plus subjectifs d'ordre psychologique avec les différents facteurs de stress survenus chez l'assurée, à savoir, entre autres, le décès brutal de son premier époux et la prise de connaissance des résultats de l'IRM dans les suites du malaise initial assez banal et d'allure syncopale.

Ces différents éléments peuvent selon lui participer à un certain état de stress résiduel, en lien avec son profil de personnalité, et se manifestant par des symptômes polymorphes somatoformes et cognitifoformes rendant difficile l'interprétation de l'ensemble. Le médecin traitant recommande des examens complémentaires, une psycho-éducation auprès de neuropsychologues ainsi qu'une prise en charge psychiatrique relative aux événements stressants vécus et perçus comme traumatisants.

Ainsi, le Dr M.\_\_\_\_\_ vient confirmer l'appréciation de l'experte neuropsychologue tendant à considérer que l'état de santé de la recourante ne s'explique pas uniquement par des atteintes de nature neurologiques.

Dans ce contexte, en se limitant à une exploration uniquement neurologique et neuropsychologique, l'instruction par l'autorité inférieure, lacunaire, ne permet pas au Tribunal de se faire une idée précise et complète de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initial en 2017.

#### **18.**

Ces lacunes dans l'instruction du dossier ne semblent pas avoir échappées au SMR, lequel, dans ses avis des 7 octobre 2020 et 24 février 2021 (OAIE pces 106 p. 326 et 112 p. 335), s'est appuyé sur des éléments supplémentaires afin de justifier une amélioration de l'état de santé de la recourante. Ainsi, le SMR a en particulier fait valoir que l'hypertension était stabilisée, que le traitement ne nécessitait plus qu'une monothérapie, que la recourante ne présentait plus de troubles neurologiques et qu'elle ne rencontrait plus aucune limitation dans les tâches ménagères.

Or, contrairement à ce que retient le SMR, l'hypertension n'est pas stabilisée, puisque, ainsi que cela ressort du rapport du 15 octobre 2020 du Dr H.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 112 p. 335), « sur le plan de la tension artérielle, on est loin de bons résultats », ce qui conduit ce praticien à indiquer qu'une intensification du traitement est nécessaire. De même, le rapport du 23 juin 2021 de la Dresse L.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 125 p. 359), cardiologue, fait état d'une variation importante de la tension artérielle avec des pics tensionnels ainsi que des hypotensions. Enfin, le 2 septembre 2021, le Dr M.\_\_\_\_\_ évoque « une hypertension artérielle essentielle mal contrôlée » (OAIE pce 140 p. 423).

Selon le SMR, le traitement de l'hypertension ne nécessite plus une quadrithérapie, mais une monothérapie. Cette conclusion se fonde sur le

rapport d'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_, qui mentionne un rapport du 28 mai 2020, apparemment apporté par l'assurée lors de l'entretien d'expertise (OAIE pce 105 p. 312), mais qui ne figure pas au dossier. Quoi qu'il en soit, cette affirmation est contredite par les rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ (OAIE pces 82 p. 236 et 112 p. 335), qui évoque la présence d'au moins trois molécules dans son rapport de mars 2020 (Trandate, Loxen et Daflon) et de deux molécules dans son rapport du 15 octobre 2020 (Triatec et Amlor), ainsi que par l'ordonnance du 17 décembre 2020 (OAIE pce 117 p. 350), le compte-rendu de consultation du 23 juin 2021 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 125 p. 359) et le rapport du 2 septembre 2021 du Dr M. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 140 p. 423), qui mentionnent quant à eux cinq molécules (Aldactone, Indapamide, Ramipril, Amlodipine et Trandate).

S'agissant des troubles neurologiques décrits en 2016, sous la forme de malaises, blocages de l'hémicorps droit, paresthésie aux deux mains et troubles de la concentration, qui ne seraient plus présents actuellement selon le SMR, ceux-ci n'ont en réalité pas disparu. La position du SMR est en effet contredite par le rapport médical du 15 octobre 2020 du Dr H. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 112 p. 335), qui évoque un épisode d'hypoesthésie du bras droit avec des sensations vertigineuses, des difficultés à parler de type aphasique, orientant vers une migraine avec aura. Lors de son entretien d'expertise avec le Dr I. \_\_\_\_\_, la recourante a de plus fait état de troubles visuels, de bourdonnements d'oreilles, de troubles de l'équilibre, de vertiges et de douleurs constantes dans les jambes. Partant, contrairement à ce qu'affirme le SMR, ces troubles à connotation neurologique sont toujours présents.

Enfin, reprenant probablement la description très brève d'une journée de l'intéressée (OAIE pce 105 p. 308), le SMR mentionne que l'assurée ne présente plus aucune répercussion dans les activités ménagères, a accouché d'un troisième enfant, vit de manière autonome et conduit même un véhicule. Or, cette description passe sous silence que ce n'est qu'avec l'aide de sa mère que les tâches ménagères sont accomplies, selon ses déclarations à l'experte neuropsychologue (OAIE pce 105 p. 318) et le rapport de mars 2020 du Dr H. \_\_\_\_\_ (OAIE pces 82 p. 236). Par ailleurs, la recourante ne déclare conduire que sur une distance maximale de trois kilomètres (OAIE pce 105 p. 317).

Il résulte de ce qui précède que les éléments mis en évidence par le SMR ne permettent aucunement de démontrer une amélioration de l'état de santé de la recourante. Le Tribunal ne saurait dès lors suivre les conclusions des rapports des 7 octobre 2020 et 24 février 2021, qui sont

par conséquent dépourvus de toute valeur probante, des doutes importants entourant la fiabilité et la pertinence du raisonnement des médecins internes à l'autorité inférieure (cf. consid. 9.3 supra).

## **19.**

Dans ces conditions, 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 l'assurée 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'insuffisantes sur les questions pertinentes dans un contexte de révision, l'expertise conjointe du Dr I. \_\_\_\_\_ et de Mme K. \_\_\_\_\_ décrit néanmoins une capacité de travail médico-théorique de l'assurée qui est aujourd'hui plus large qu'elle ne l'était lors du dernier examen du droit à la rente.

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.

## **20.**

**20.1** 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 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).

**20.2** Dès lors, dans le cas présent, l'OAIE mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, de la psychiatrie, de la neurologie, de la neuropsychologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts ou le SMR (ATF 139 V 349 consid. 3.3). 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, tout comme l'examen de l'origine – volontaire ou non – de l'exagération des symptômes (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)]. La décision du 23 juillet 2021 étant annulée, les experts prendront position sur l'aggravation de l'état de santé ressortant des pièces produites en cours de procédure devant le Tribunal administratif fédéral. 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 LPGA), dans le respect des droits de participation du recourant (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72<sup>bis</sup> 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).

## **21.**

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 23 juillet 2021 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

## **22.**

**22.1** Selon l'art. 63 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, 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. 1<sup>bis</sup> et 2 LAI ; cf. arrêt du TF 9C\_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.2).

**22.2** 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).

**22.3** 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).

**22.4** 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 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 le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un mémoire de recours circonstancié, d'une réplique ainsi que de la transmission de plusieurs rapports médicaux.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision du 23 juillet 2021 est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

L'OAIE versera à la recourante à titre de dépens le montant de 2'800 francs.

**4.**

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Séverin Tissot-Daguette

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF; RS 173.110) 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 :