



---

Cour III  
C-6786/2007

{T 0/2}

## **Arrêt du 27 mars 2009**

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Madeleine Hirsig, Michael Peterli, juges,  
Yann Hofmann, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger OAIE,**  
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,  
1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 4 septembre 2007)

## **Faits :**

### **A.**

A.\_\_\_\_\_, de nationalités suisse et française, est née le \_\_\_\_\_. Elle travaille comme frontalière depuis le 1<sup>er</sup> avril 1997 en tant qu'employée de fabrication auprès de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ SA, sise au Locle (pces 2 ss SUVA). Cette activité consiste essentiellement à inspecter la qualité de valves hydrocéphaliques, dont le poids est de quelques grammes et qui sont regroupées par lots de cinquante pièces dans des cartons. Vingt cartons par heure doivent être contrôlés. Les cartons sont pris, puis rangés, sur des étagères parfois surélevées (pce 29-22 AI).

Le 20 février 1997, A.\_\_\_\_\_ fait une chute sur son lieu de travail et se fracture l'humérus gauche (pces 2 ss SUVA). Par lettre du 21 avril 1998, son employeur résilie son contrat de travail pour le 31 juillet suivant (pce 1 AI).

### **B.**

En date du 4 mai 1998, A.\_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse (pce 1 AI). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) met fin au versement de ses prestations à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1998 (pces 31 s. SUVA).

Dans le cadre de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (OAI-NE) verse le dossier de la SUVA en cause, savoir essentiellement:

- l'attestation du 9 avril 1997 du Dr Marcela Droguett, spécialiste en chirurgie, qui retient le diagnostic de déplacement secondaire après embrochage d'une fracture spiroïde de l'humérus tiers proximal du bras gauche. Il atteste que A.\_\_\_\_\_ a d'abord subi une première intervention, le 24 février 1997, par embrochage fasciculé par broches de Kirschner, puis une seconde, le 25 mars 1997, ensuite d'un déplacement secondaire, qui a consisté dans une ostéosynthèse par plaques vissées des fractures proximale et iatrogène distale (pces 5 s. SUVA);

- le rapport médical intermédiaire du 8 juillet 1997 du Dr Deo Mbonimpa, qui confirme les diagnostics connus et pronostique une évolution favorable (pce 7 SUVA);
- le rapport médical intermédiaire du 28 août 1997 (pce 12 SUVA);
- les rapports de consultation du Dr Huber (pces 14 s., 17 SUVA);
- les attestations des 11 septembre 1997, 12 février et 5 juin 1998 du Dr Ermanni, lequel constate une atrophie musculaire. Ce médecin estime qu'à ce jour la patiente ne peut porter des charges avec le membre supérieur gauche, ni effectuer des travaux au dessus de la tête à gauche (pces 11, 26 à 29 SUVA);
- les rapports des 14 avril et 5 mai 1998 du Dr Brientini ,qui pose un pronostic favorable (pces 23, 25 SUVA).

Dans sa prise de position du 29 juillet 1998, le Dr Ferrari du service médical de l'OAI-NE expose que la limitation fonctionnelle générée par les séquelles orthopédiques du bras gauche peut avoir une influence sur toute activité manuelle, ce d'autant plus qu'une composante psychogène peut alimenter un désir de réparation, et préconise dès lors une expertise complémentaire (pce 9 AI). Le Dr Jean-Marc Burgat, spécialiste en médecine interne et rhumatologie mandaté pour cette expertise, confirme les diagnostics connus, constate une amyotrophie de toute la musculature de la ceinture scapulaire et conclut à une capacité de travail résiduelle de A.\_\_\_\_\_ de 50%. Il escompte toutefois une amélioration prochaine de son état de santé (pce 13-1 à 12 AI).

Par décision du 23 juin 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) accorde à A.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> février 1998 et une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1998 (pces 21 s., 17 ss AI).

### **C.**

Au mois de novembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité compétent entreprend une procédure de révision d'office (pces 23 ss AI).

La documentation médicale suivante est versée aux actes dans le cadre de la procédure de révision:

- le rapport le 22 juin 2000 du Prof. Dr Roland Jakob du service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de Fribourg, duquel il ressort, pour l'essentiel, que A.\_\_\_\_\_ se sent déprimée, mais qu'elle n'a jamais été traitée par un psychiatre et qu'elle suit un traitement d'anti-dépresseurs prescrits par son médecin traitant, le Dr Rondot. Le Dr Jakob dénote, au niveau de l'épaule gauche, une abduction de 160°, une élévation antérieure à 160°, une rotation externe et interne très légèrement diminuée par rapport au côté opposé, des cicatrices calmes, une mobilité du coude quasi-libre et l'absence de déficit sensitif ou moteur. Il estime que l'examen clinique au jour que sus est en contradiction flagrante avec les affirmations et plaintes de la patiente. L'expert constate, par comparaison à l'expertise effectuée par le Dr Burgat, une nette amélioration des amplitudes articulaires. Il considère que l'amélioration présagée par le Dr Burgat en 1998 a effectivement eu lieu. Après s'être enquis auprès du service du personnel de B.\_\_\_\_\_ SA des caractéristiques et exigences du poste de travail qu'occupait A.\_\_\_\_\_, l'expert conclut à une pleine capacité de travail de celle-ci dans son ancienne profession d'employée de fabrication. Il estime en effet que ladite activité ne demande pas d'efforts physiques importants et que l'assurée est à ce jour apte à porter, même au dessus du buste, des charges lourdes, dans la mesure où sa constitution le lui permette (pces 29-1 à 38 AI);
- les attestations du 6 (pce 37 AI) et 26 novembre 2001 (pce 39 AI) du Dr Luc Groperrin, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, qui évalue à 50% la capacité de travail de celle-ci dans son ancienne activité. Il contre-indique la manutention et le port de charges supérieures à deux kilogrammes, en particulier au dessus de la poitrine. Ce médecin exclut finalement une amélioration de l'état de santé de sa patiente, tant sur le plan des douleurs que sur le plan fonctionnel;
- les rapports médicaux des 6 avril et 16 mai 2006 respectivement des Drs Philippot et Pem, médecins traitant de A.\_\_\_\_\_, qui concluent à un degré d'incapacité inchangé de 50% (pces 44 s. AI).

Dans son avis médical du 30 novembre 2006, le Dr Cuendet du service médical régional de l'assurance-invalidité relève que, sur le vu de l'expertise du Dr Jakob, l'état de santé de A.\_\_\_\_\_ s'est amélioré et que, depuis lors, sa situation clinique est jugée stationnaire (pce 47

AI).

Dans son projet de décision du 3 avril 2007, l'OAI-NE signifie à A.\_\_\_\_\_ qu'il entend rejeter sa demande de rente d'invalidité, motif pris que son état de santé serait à nouveau compatible avec l'exercice à plein temps de sa précédente activité (pce 49 AI).

**D.**

Dans le cadre de la procédure d'audition, A.\_\_\_\_\_ fait principalement valoir que son état de santé est resté inchangé et qu'elle ne peut plus exercer la profession d'employée de fabrication (pce 52-1 s. AI). Elle joint à son écriture du 10 avril 2007 le rapport médical du 6 avril 2007 du Dr Philippot, médecin traitant de l'assurée, lequel expose que sa patiente se plaint de ne pouvoir se peigner, de ne pouvoir porter des charges supérieures à cinq/dix kilogrammes et de souffrir de douleurs en faisant la vaisselle ou en balayant. Il dénote en outre une attitude hyperémotive et anxiodysthymique (pces 52-4 s. AI).

Dans sa prise de position du 30 avril 2007, le Dr Cuendet du service médical régional de l'assurance-invalidité expose que son confrère le Dr Philippot, dans son rapport du 6 avril 2007, rapporte les mêmes plaintes de l'assurée et retient une situation clinique identique, à tout le moins, à celle constatée par le Dr Jakob en 2000. En particulier, les mobilités de l'épaule gauche mesurées par le Dr Philippot sont dans tous les plans identiques ou meilleurs que celles mesurées par le Dr Jakob. Le Dr Cuendet estime dès lors disposer de la confirmation, fondée sur des éléments objectifs, que l'état de santé de A.\_\_\_\_\_ est demeuré stationnaire depuis 2000 et retient les conclusions du Dr Jakob. Il ajoute, au surplus, que l'attitude hyperémotive et anxiodysthymique retenue par le médecin traitant de l'assurée ne saurait être invalidante, dans la mesure où aucune prise en charge psychiatrique n'a été opérée (pce 56 AI).

Par décision du 4 septembre 2007, l'OAIE supprime la demi-rente d'invalidité dont bénéficiait l'assuré avec effet dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. L'Office estime que l'état de santé de A.\_\_\_\_\_ s'est amélioré et qu'elle peut reprendre à plein temps son ancienne activité ou une activité adaptée du même ordre (pce 1 TAF; cf. également pce 58 AI).

Le 24 septembre 2007, le Dr Philippot requiert la mise en oeuvre

d'une nouvelle expertise orthopédique de sa patiente. Il expose notamment que, dans son certificat du 6 avril 2007, il a abouti à des conclusions différentes de celles du Dr Jakob (pce 60 AI).

**E.**

Le 4 octobre 2007, A.\_\_\_\_\_, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral à l'encontre de cette décision, en concluant à son annulation et, implicitement, au maintien de sa demi-rente d'invalidité. Elle expose en particulier ne pas pouvoir se peigner, ne pas pouvoir porter des charges de cinq à dix kilogrammes et ressentir des douleurs en faisant la vaisselle et en balayant. L'assurée prétend en outre souffrir d'un syndrome anxio-dépressif chronique (pce 1 TAF; pce 62 AI).

Par acte ampliatif parvenu au Tribunal administratif fédéral le 6 novembre 2007, A.\_\_\_\_\_ dépose en cause la missive du Dr Pem du Centre hospitalier de Pontarlier, qui y déconseille l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (pces 3 TAF; pce 63 AI). Le Tribunal administratif fédéral transmet, le même jour, cette pièce à l'OAIE pour prise de position (cf. pce 64 AI).

Dans sa réponse du 11 décembre 2007, l'OAIE, se référant à la prise de position de l'OAI-NE du 4 décembre 2007, rappelle les conclusions de l'expertise du Dr Jakob, relève que ce dernier y mentionnait déjà l'inopportunité d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse et conclut finalement au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (pces 4 TAF).

**F.**

A.\_\_\_\_\_ réplique par acte du 31 décembre 2007. Elle prétend être limitée dans ses mouvements et souffrir en permanence (pce 6 TAF).

Par décision incidente du 16 janvier 2008, le Tribunal administratif fédéral fixe l'avance pour les frais présumés à Fr. 300.- et octroie à A.\_\_\_\_\_ un délai de 30 jours pour la verser. L'avance est payée le 6 février 2008 (pces 7 s. TAF).

**G.**

Le 22 septembre 2008, A.\_\_\_\_\_ dépose encore en cause les certificats médicaux du 19 septembre 2008 des Drs Pierre Adami et

Christian Klopfenstein, qui diagnostiquent une épicondylite au coude droit ainsi qu'une rhizarthrose et une tendinite à la main droite, et (pces 7 s. TAF).

Par duplique du 14 novembre 2008, l'OAIE, se référant à la prise de position de l'OAI-NE du 5 novembre 2008, déclare maintenir ses précédentes conclusions. L'Office souligne que les derniers certificats médicaux produits par A.\_\_\_\_\_ sont postérieurs à la date de la décision querellée et qu'ils ne doivent dès lors pas être pris en compte (pces 11 TAF).

Le Tribunal administratif fédéral transmet, par ordonnance du 20 novembre 2008, un double de la duplique de l'autorité inférieure à la recourante pour connaissance (pce 12 TAF).

## **Droit :**

### **1.**

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-là étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

### **2.**

**2.1** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**2.2** En l'espèce, la recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Elle a, partant, qualité pour recourir.

**2.3** Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours.

### **3.**

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) – dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

### **4.**

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Pour les mêmes raisons, les dispositions relatives à la 5<sup>ème</sup> révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération. Les dispositions de la LAI et de son ordonnance d'exécution seront donc citées dans la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

## **5.**

**5.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

**5.2** L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsque l'assuré est un ressortissant de l'UE.

## **6.**

**6.1** Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ou de l'actuel art. 17 LPGA) doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

**6.2** L'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a

duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

## **7.**

**7.1** Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA (ex art. 41 LAI), le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

**7.2** En l'occurrence, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 1998 et d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 1998. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi depuis lors une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque des décisions du 23 juin 1999, date des dernières décisions entrées en force ayant examiné matériellement le droit à la rente (pce 21 s., 17 ss AI), et ceux qui ont existé jusqu'au 4 septembre 2007, date de la décision litigieuse (pce 1 TAF, cf. également pce 58 AI).

## **8.**

**8.1** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique – qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être

exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

**8.2** L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

## **9.**

**9.1** En l'espèce, en juin 1999, le droit à la rente entière, puis à une demi-rente d'invalidité a été reconnu à la recourante ensuite d'un accident de travail qui a occasionné une fracture de son humérus gauche. Celle-ci avait alors une mobilité fortement réduite des épaule et coude gauches. Le Dr Ermani avait estimé que l'assurée ne pouvait plus porter de charges avec le membre supérieur gauche, ni effectuer des travaux au dessus de la tête du côté gauche (pces 26 ss SUVA). Le Dr Burgat, mandaté pour une expertise par l'OAI-NE, avait ainsi reconnu à la recourante une capacité de travail résiduelle de 50%

(pce 13 AI). Les Drs Mbonimpa (pce 7 SUVA), Brientini (pces 23, 25 SUVA) et Burgat (pce 13-12 AI) avaient toutefois expressément formulé un pronostic favorable sur l'état de santé de la recourante.

**9.2** Lors de la procédure de révision initiée en novembre 1999, qui a donné lieu à la décision litigieuse, l'Office de l'assurance-invalidité compétent a essentiellement versé aux actes le rapport d'expertise médicale du 22 juin 2002 du Prof. Dr Jakob du service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de Fribourg. L'expert a constaté une nette amélioration de la situation clinique de la recourante et conclu qu'elle pouvait reprendre à plein temps son ancienne activité d'employée de fabrication (pces 29-1 à 38 AI). L'OAIE a dès lors supprimé la demi-rente dont bénéficiait l'assurée.

La recourante, pour sa part, fait principalement valoir que son état de santé ne lui permet pas de reprendre son ancienne activité. Elle se fonde sur les appréciations de ses médecins traitant, les Drs Groperrin, Philippot et Pem, lesquels ont, explicitement ou implicitement, conclu à une capacité de travail réduite à 50% dans l'ancienne activité d'employée de fabrication (respectivement pces 37, 44 et 45 AI).

**9.3** Selon les renseignements obtenus par le Dr Jakob auprès du service du personnel de l'employeur de la recourante, l'activité que celle-ci exerçait avant son accident de travail ne requiert pas beaucoup d'efforts physiques. Les distances à parcourir sont courtes et le sol est plat. La recourante n'a à porter que des charges inférieures à cinq kilogrammes, dans la mesure où elle respecte les prescriptions de son employeur. De plus, elle ne doit pas nécessairement ranger personnellement les cartons qui doivent l'être sur une étagère surélevée (pce 29-22 s. AI). Or, dans son écriture de recours (pce 1 TAF; cf. également pce 52-4 s. AI), l'assurée se plaint simplement ne pas pouvoir se peigner et être dans l'impossibilité de porter des charges supérieures à cinq kilogrammes. A cet égard, la reprise de l'activité d'employée de fabrication apparaît dès lors raisonnablement exigible de la recourante, ce d'autant plus que seul son bras non dominant a été atteint par l'accident de 1997. Tel n'était par contre évidemment pas le cas au sortir des opérations subies en 1997, puis dans la période de convalescence qui s'en est suivie. Le Dr Jakob, dans le cadre de son expertise, a, après avoir effectué les examens idoines, comparé les mesures d'amplitudes articulaires

qu'il a obtenues avec celles du Dr Burgat et expressément conclu à une amélioration de l'état de santé de la recourante, conformément d'ailleurs à ce qu'avait escompté ce dernier. L'expert a relevé une mobilité du coude quasi-libre et l'absence de déficit sensitif ou moteur. Il a considéré que l'examen clinique était en contradiction flagrante avec les affirmations et plaintes de la patiente. Le Dr Jakob a finalement estimé que la recourante était apte à porter, même au dessus du buste, des charges lourdes et qu'elle pouvait dès lors reprendre à plein temps son ancienne profession. Il ressort au demeurant du dossier que les considérations émises par le Dr Jacob en 2000 conservent toute leur pertinence en 2007, la situation clinique de l'assurée et les plaintes émanant de cette dernière ne s'étant pas modifiées. Le Dr Cuendet du service médical de l'assurance-invalidité a en effet estimé, dans sa prise de position du 30 avril 2007, que les mobilités de l'épaule gauche mesurées par le Dr Philippot en 2007 sont sur tous les plans identiques ou meilleurs que celles mesurées par le Dr Jakob en 2000 (pces 52-4 s. et 56 AI). Il est le lieu de rappeler que le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

Certes, le Dr Philippot s'inscrit en faux et les Drs Groperrin et Pem apprécient de manière différenciée la capacité de travail de la recourante. L'autorité de céans estime toutefois qu'il convient de donner préséance à l'appréciation et aux conclusions du Dr Jakob, au détriment des Drs Groperrin, Philippot et Pem. L'expertise effectuée par le Dr Jakob repose en effet sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale de la recourante, ne contient pas d'incohérence et aboutit à des conclusions claires et motivées. Il n'y a, partant, aucune raison de ne pas y accorder foi ou de donner préférence aux avis médicaux, par trop succincts, des médecins traitant de la recourante. Le juge doit en effet tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). Il sied, en outre, de

reconnaître une valeur probante plus grande à une expertise mise en oeuvre par un tribunal ou un assureur-invalidité qu'à une expertise privée (ATF 125 V 151). Enfin, le Dr Groperrin, à tout le moins, est un généraliste et son rapport ne saurait équivaloir dans le cas présent à un rapport d'expertise émanant d'un spécialiste en chirurgie orthopédique (voir les arrêts du Tribunal fédéral du 16 novembre 2007 dans la cause 9C\_341/2007, du 22 février 2007 dans la cause I 211/06 consid. 5.4.1 et du 29 novembre 2007 dans la cause I 1098/06 consid. 9.2).

Sur le plan psychique, enfin, l'autorité de céans relève que seule une attitude hyperémotive et anxiodysthymique a été diagnostiquée par le Dr Philippot (pce 52-5 AI). Aussi, dans la mesure où aucune prise en charge psychiatrique n'a été opérée, un tel diagnostic ne saurait être invalidant, comme l'a à juste titre retenu le service médical de l'assurance-invalidité dans sa prise de position du 30 avril 2007 (pce 56 AI).

Il convient de relever, au surplus, que les derniers documents produits par la recourante, étant postérieures à la décision attaquée, ne doivent pas être examinés dans le cadre de la présente procédure (cf. ATF 121 V 366, 116 V 248). Il appartiendra à la recourante, dans l'hypothèse où elle redevient invalide, de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse.

**9.4** Eu égard à ce qui précède, l'autorité de céans retient que la recourante dispose, à compter de 2000 jusqu'au jour de la décision litigieuse à tout le moins, d'une pleine capacité de travail dans son ancienne activité d'employée de fabrication, conformément aux conclusions du Dr Jakob.

Le recours doit, partant, être rejeté et la décision du 4 septembre 2007 confirmée.

## **10.**

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7

al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ce montant est compensé par l'avance de frais versée au cours de l'instruction.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_\_\_\_\_)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Hofmann

**Indication des voies de droit :**

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :