

# **BVGer C-4257/2015 vom 27. Juli 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-07-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4257\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4257_2015)

FR: TAF C-4257/2015 du 27 juillet 2018

IT: TAF C-4257/2015 del 27 luglio 2018

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Complexe "atteinte à la santé"

#### **E. 1.1.1**

Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

#### **E. 1.1.2**

Succès du traitement ou résistance à cet égard

#### **E. 1.1.3**

Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

#### **E. 1.1.4**

Comorbidités

### **E. 1.2**

Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

### **E. 1.3**

Complexe "contexte social" 2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

### **E. 1.4**

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI) par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGGA), le recours du 3 juin 2015 est recevable quant à la forme.

### **E. 2.1**

Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

### **E. 2.2**

Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le Tribunal fédéral a encore précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (cf. catégorie 1 supra) forment le socle de base pour l'examen du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. catégorie 2 supra). Le Tribunal fédéral a

également expliqué que ce catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances de chaque cas individuel et ne constitue pas une simple « check list ». En outre, ce catalogue d'indicateurs n'est pas immuable et doit pouvoir s'adapter à de nouvelles connaissances médicales établies. (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 ; arrêts du TF 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4). Enfin, il sied de relever que les nouvelles exigences jurisprudentielles ont donné lieu, sur invitation du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 5.1.2), à deux lettres circulaires AI nos 334 et 339 de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : « l'OFAS »), qui précisent la nouvelle procédure d'instruction concernant les atteintes psychosomatiques et établissent un catalogue de questions sur la base duquel les expertises médicales devront être établies.

### **E. 2.3**

En l'occurrence, la recourante est une ressortissante portugaise résidant depuis le 1er janvier 2003 au Portugal, soit un Etat membre de l'Union européenne (AI pce 10 p. 1). La décision attaquée ayant été rendue le 3 juin 2015, les dispositions légales de droit suisse en vigueur jusqu'à cette date sont applicables.

### **E. 3.1**

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd., 2013, p. 25, n. 1.55).

### **E. 3.2**

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4).

### **E. 3.3**

In casu, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de la recourante, jusqu'au jour de la décision, soit au 3 juin 2015. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé antérieur à la décision attaquée.

### **E. 3.4**

En outre, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 3 juin 2015, prise en application notamment des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI, par laquelle l'OAIE a modifié le droit de la recourante en supprimant sa demi-rente d'invalidité dès le

1er août 2015 (annexe TAF pce 1). Le Tribunal doit examiner en particulier si les conditions pour supprimer la rente étaient remplies à la date de la décision attaquée, soit le 3 juin 2015, date marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

#### **E. 4**

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA 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. Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 3054 ss, 3065). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; Valterio, op. cit., n° 3063). 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 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3, I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 125 V 369 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2).

#### **E. 5.1**

En application de l'al. 1, 1ère phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI (1er volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659] ; ci-après : les dispositions finales de la 6ème révision de la LAI), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification. Cette disposition déroge ainsi à l'art. 17 al. 1 LPGA ; en d'autres termes si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (cf. let. a al. 1, 2ème phrase). L'al. 1, 1ère phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI a été jugée conforme à la Constitution et à la CEDH (ATF 139 V 547). Les pathologies visées sans pathogenèse ni étiologie claires, dont les troubles somatoformes douloureux (voir la liste des pathologies concernées dans la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, CDF, ch. 1002, complétée à l'ATF 142 V 342 du trouble de stress post-traumatique), se distinguent des autres pathologies psychiatriques comparables aux affections somatiques en tant qu'elles sont vérifiables et objectivables pour lesquelles un diagnostic peut être posé clairement à l'aide d'examens cliniques psychiatriques et qui ne relèvent ainsi pas du champ d'application de la lettre a des dispositions finales précitées (cf. CDF ch. 1003 et ATF 139 V 547 consid. 7.1.4 et 7.2 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3 ; arrêt du TAF C-7313/2015 consid. 3.6.3). Le Tribunal fédéral a précisé que la rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni

étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2). Il arrive certes qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome non explicable, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du TF 9C\_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2).

## **E. 5.2**

L'al. 1, 1ère phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI doit être lue en relation avec l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI qui précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'année la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le moment déterminant de l'ouverture de la procédure de réexamen, pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, le réexamen a effectivement été introduit et, notamment pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entendait supprimer la rente (cf. arrêts du TF 8C\_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3 et 8C\_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2).

## **E. 5.3**

En l'espèce, il convient d'examiner si, la révision de la rente relevait de l'art. 17 LPGA et/ou des dispositions finales de la LAI relatives à la 6ème révision de l'AI.

### **E. 5.3.1**

En premier lieu, il convient d'examiner si la rente a bien été accordée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date de la révision. Par décision du 7 septembre 2001, l'OAI-NE a mis l'intéressée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er juillet 2000 (AI pce 36 p. 13-14). Il ressort des rapports médicaux que l'intéressée souffrait principalement d'une fibromyalgie (AI pce 40 [p. 23-24, 29-30, 31-35]) sans que des atteintes neurologiques soient constatées (AI pce 40 p. 31-33) ainsi que d'un troubles dépressif récurrent (CIM-10 F33 ; AI pce 40 p. 25 et 27). Suite à une procédure de révision, l'OAI-E a par décision sur opposition du 18 avril 2007 remplacé la rente entière de l'intéressée par une demi-rente à partir du 1er mai 2006 (AI pce 58). Dans le cadre de cette procédure de révision, les principaux diagnostics retenus étaient ceux de dépression et de fibromyalgie (AI pces 40 p. 3-8 et pce 42). Selon les médecins du service médical de l'OAI-E, soit le Dr R. \_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr S. \_\_\_\_\_, rhumatologue, la rente a été octroyée en raison d'une fibromyalgie (AI pces 174 p. 2 et 176 p. 3). Il s'avère ainsi que non seulement la rente d'invalidité entière initiale mais également celle révisée et diminuée à une demie ont bien été allouées principalement en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (fibromyalgie) après une étude consciencieuse des éléments médicaux au dossier et conformément à la loi et à la pratique alors en vigueur (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4.1.1). Dans le cadre de la procédure de révision menant à la décision litigieuse du 3 juin 2015, les experts en psychiatrie et en rhumatologie ont tous deux posé des diagnostics relatifs à des

pathologies sans pathogénèse ni étiologie claires. Le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a notamment posé comme diagnostic un trouble somatoforme indifférencié (AI pce 169 p. 23). Le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne a diagnostiqué un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme avec diminution du seuil de tolérance à la douleur (AI pce 167 p. 10). Le Tribunal constate ainsi qu'à la date de la révision, l'intéressée souffrait - comme au moment de l'octroi de sa rente entière AI puis de sa demi-rente - d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique. Au vu de ce qui précède, les atteintes à la santé de la recourante relèvent de pathologies sans pathogénèse ni étiologie claires relevant des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI et non d'atteintes psychiatriques indépendantes qui exigeraient l'application de l'art. 17 LPGA. De surcroît, la recourante ne conteste pas que sa rente a été octroyée en raison de pathologies sans pathogénèse ni étiologie claires relevant des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI.

### **E. 5.3.2**

En deuxième lieu, l'art. 1, 1ère phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI prévoit un délai de 3 ans pour entamer la révision de la rente depuis l'entrée en vigueur desdites dispositions. Celles-ci sont entrées en vigueur le 1er janvier 2012. En l'espèce, l'OAIE a initié la révision en 2012, dont la recourante a été informé en novembre 2012 (AI pces 113-115). Partant, le délai de 3 ans a été respecté.

### **E. 5.3.3**

En dernier lieu, force est de constater que sont respectés les délais relevant de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision. En effet, la recourante bénéficiait de sa rente d'invalidité depuis le 1er juillet 2000 (AI pce 36 p. 13-14), soit depuis quelques 12 ans (et donc moins de 15 ans) au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen en novembre 2012 (AI pces 113-115). Enfin, née en 1966, la recourante n'avait, pour le surplus, pas atteint l'âge de 55 ans au 1er janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la 6ème révision de l'AI (1er volet).

### **E. 5.3.4**

En conclusion, la présente affaire remplissant les conditions et ne tombant notamment pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI, la recourante appartient au cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen de sa rente au sens des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI. Par ailleurs, les atteintes à la santé dont souffre la recourante ne relève pas d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Il convient donc d'examiner les conditions matérielles liées au réexamen de la rente d'invalidité dans le cadre des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI.

### **E. 6.1**

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Les atteintes à la

santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; cf. aussi ATF 127 V 294 cons. 4c in fine). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'intéressé peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

## **E. 7**

S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux le Tribunal fédéral a rendu le 3 juin 2015 un arrêt de principe dans lequel il a modifié en profondeur sa pratique concernant ces troubles (ATF 141 V 281 consid. 1). Le Tribunal fédéral a ainsi revu sa jurisprudence depuis 2004 - voire 2006 en ce qui concerne singulièrement la fibromyalgie - qui se référait aux « critères de Foerster ». En outre, dans deux arrêts récents du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que l'approche développée pour clarifier le droit à une rente d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux doit s'appliquer dorénavant à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409, 143 V 418). Il conviendra d'exposer ici successivement les points centraux de ces nouvelles jurisprudences.

### **E. 8.1**

A titre liminaire, quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C\_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.2). C'est aussi valable pour les pathologies similaires telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

### **E. 8.2**

Selon le Tribunal fédéral, le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêts du TF 9C\_899/2014 consid. 3.1 et 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1). Les experts doivent motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.40) de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu sont effectivement remplis. Le Tribunal fédéral relève que la question de savoir si le trouble douloureux en tant qu'atteinte à la santé a été constaté selon les règles de l'art n'est que rarement examiné dans la pratique en matière d'assurance. Il sied de préciser que les limitations fonctionnelles sont non seulement prises en compte au stade de la pose du diagnostic, mais également ultérieurement lors de l'appréciation de la capacité de travail du patient (cf. infra consid. 8.4, catégorie « 1.1.1 expressions des éléments pertinents pour le diagnostic » ; ATF 141 V 281 consid. 2.1.2).

### **E. 8.3**

Une fois que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été posé *lege artis* conformément aux règles précitées, il convient de déterminer si dit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. C'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2). En règle générale, il n'existe aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. Toutefois, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et les références citées ; ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; arrêts du TF 9C\_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.1 et 9C\_173 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2).

### **E. 8.4**

Lorsque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été dûment posé (cf. supra 8.2) et qu'aucun motif d'exclusion mentionné par la jurisprudence n'est réalisé (cf. supra 8.3), il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Il est ici abandonner la présomption établie en son temps par l'ATF 130 V 352 (ATF 141 V 49 consid. 3.1 à 3.6). Selon cet arrêt, il était considéré que les atteintes non objectivables ne rendent pas invalide : elles peuvent être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigibles (ATF 141 V 49 consid. 4.1.1). Ce n'était que dans des cas exceptionnels, lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît,

elle remplissait certains critères définis (appelés « critères de Foerster »), qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que dorénavant, la capacité de travail exigible des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (« grille d'évaluation »). Cette évaluation permet de mettre en lumière des facteurs d'incapacités, d'une part, et les ressources de l'assuré, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et références citées et 9C\_615 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et références citées). Pour ce faire, le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs (et non plus des « critères ») standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychosomatiques en les répartissant dans les deux catégories suivantes (ATF 141 V 49 consid. 4.1.2 et 4.1.3) : 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

### **E. 8.5**

Il convient encore de préciser que le changement de jurisprudence opéré à l'ATF 141 V 281 ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a déjà précisé, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder défensivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des indicateurs déterminants (arrêts du TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; ATF 141 V 281 consid. 8).

### **E. 9.1**

Concernant les troubles psychiques, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que l'approche développée pour clarifier le droit à une rente d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux doit s'appliquer également à ces troubles-là, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409, 143 V 418). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe, aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne pouvant être déduite du seul diagnostic. Il convient dès lors d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs susmentionnés (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Or, selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3). Avec le changement de pratique adopté par le Tribunal fédéral, cela ne vaut plus de manière aussi absolue : la résistance thérapeutique n'est désormais qu'un indicateur parmi d'autres, et représente donc tout au mieux un indice du caractère invalidant de la pathologie présentée par la personne assurée (ATF 143 V 409 consid. 4.2). La question déterminante est de savoir si la limitation établie médicalement

empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail (arrêt du TF 9C\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2)

### **E. 10.1**

Selon l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'Office de l'assurance-invalidité compétent 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c). Dans le cadre d'un recours, 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). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du TF 9C\_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

### **E. 10.2**

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en oeuvre par une autorité conformément aux règles de procédure, dans la mesure où la tâche de l'expert est 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, 118 V 286, consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b, 118 V 220 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie

pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

## **E. 11**

Est litigieuse la question de savoir si l'autorité inférieure a supprimé à juste titre la demi-rente d'invalidité de la recourante. En l'occurrence, pour fonder la décision attaquée du 3 juin 2015, l'OAIE et son service médical se reposent largement sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire détaillée rendue suite à la visite médicale de l'intéressée le 5 septembre 2014 auprès des Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne (AI pce 167) et Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (AI pce 169). Il s'agit d'examiner la valeur probante de cette expertise bidisciplinaire, à savoir si elle répond aux exigences jurisprudentielles. A titre liminaire, il sied de rappeler que même si l'expertise litigieuse a été rendue avant le revirement de jurisprudence du Tribunal fédéral, elle ne perd pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder défensivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (cf. consid. 8.5).

### **E. 11.1**

D'un point de vue rhumatologique, le Dr P.\_\_\_\_\_ constate que le bilan radiologique effectué à l'occasion de l'expertise est rassurant. En effet, il n'y a pas de discopathie significative tant au niveau cervical que lombaire, ni de signe de troubles dégénératifs ou érosifs au niveau des mains, l'ultrasonographie des épaules étant dans les normes, l'absence de syndrome inflammatoire après ultrasonographie des différents groupes musculaire et enfin le scor sonar étant de 0/22 en mode palmaire et 0/22 en mode doppler (AI pce 167 p. 10). Ce médecin relève la présence d'un syndrome cervico-dorso-lombaire, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ainsi que des douleurs poly- et péri-articulaires, sans signe de synovite ou de ténosynovite (AI pce 167 p. 10). Selon le Dr P.\_\_\_\_\_, l'examen frappe par la présence de douleurs péri-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur ainsi que de 2/5 signes de non organicité selon les critères de Waddell (AI pce 167 p. 10). Le Dr P.\_\_\_\_\_ pose comme diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - (i) un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (diminution du seuil de la tolérance à la douleur) et - sans répercussion sur la capacité de travail - (ii) un syndrome lombovertébral et cervico-brachialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sans signe de discopathie (AI pce 167 p. 10). Le Dr P.\_\_\_\_\_ est d'avis que la capacité de travail de l'intéressée est entière dans son ancienne activité d'ouvrière dans une usine, qui est déjà une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (limitations des charges en porte-à-faux avec long bras de lever de plus de 10kg de manière répétitive ; AI pce 167 p. 10). Il est d'avis qu'une reprise professionnelle entière peut être raisonnablement exigée dès la date de l'expertise (AI pce 167 p. 12). L'expert explique que le socle somatique ne permet pas de justifier une incapacité de travail d'un point de vue rhumatologique (AI pce 167 p. 11). Il note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée (lombopyalgies, cervico-brachialgies, douleurs et paresthésies des deux mains, polyarthralgies et omalgies D et G ; AI pce 167 p. 6-7), l'ampleur de la symptomatologie qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et para-cliniques effectués jusqu'à ce jour (AI pce 167 p. 11). Il retient que le syndrome douloureux récurrent ne présente pas de caractère

incapacitant (AI pce 167 p. 11).

### **E. 11.2**

Sur le plan psychiatrique, le Dr Q. \_\_\_\_\_ constate suite à l'entretien avec l'assurée le 5 septembre 2014 un comportement très démonstratif et le qualifie d'histrionisme (AI pce 169 p. 20, 22 et 26). L'expert note que l'histrionisme va de pair avec une suggestibilité majeure et une labilité émotionnelle. De manière globale, il retient qu'il n'y a pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme marqués (AI pce 169 p. 25). Il observe que l'assurée vague à ses occupations quotidiennes sans grande difficulté et qu'elle assume seule l'éducation de ses trois enfants, son mari étant revenu en Suisse dès 2007 (AI pce 169 p. 25). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ constate une probable non observance du traitement d'Escitalopram dès lors que la substance n'est pas détectée lors des examens paracliniques. Ce résultat met en lumière selon lui le caractère souvent inauthentique et l'aspect parfois manipulateur de l'assurée ; celle-ci n'a pas hésité à réaffirmer sa bonne foi et la nécessité de prendre son traitement même après la prise de sang et suite à toutes les explications données (AI pce 169 p. 19, 25 et 26). Il explique que la symptomatologie dépressive légère et fluctuante s'oriente soit pour une dysthymie ou un épisode dépressif majeur de gravité légère (AI pce 169 p. 26). Enfin, le tableau clinique est actuellement dominé par une symptomatologie somatique ubiquitaire mal systématisable, fréquente dans le cas d'une fibromyalgie ou d'une trouble somatoforme indifférencié (AI pce 169 p. 26). Sur la base de ces éléments, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - (i) une légère dysthymie (épisode dépressif majeur en rémission), (ii) une non (ou mauvaise) observance du traitement (Escitalopram), (iii) un trouble somatoforme indifférencié (dd : trouble douloureux associé à un facteur psychologique et une affection générale chronique) et (iv) une personnalité histrionique (AI pce 169 p. 23). Cet expert a constaté une évolution favorable de l'état de santé psychiatrique de la recourante et a conclu à une capacité de travail entière sans baisse de rendement dans toute activité adaptée (ouvrière dans une activité légère ou comme ménagère) au plus tard depuis le 1er janvier 2014 et probablement bien avant (AI pce 169 p. 29). Il précise qu'il n'y a pas de contre-indication à une activité ouvrière (simple et répétitive ; AI pce 169 p. 29). Pour évaluer la capacité de travail de l'intéressée, l'expert a pris en compte l'excellent environnement social (avec ses trois enfants et l'ensemble de sa famille), la personnalité de l'assurée (caractère dramatique, suggestibilité), la preuve de la mauvaise observance au traitement (Escitalopram) et le suivi psychiatrique qui constitue tout au plus un contrôle plutôt qu'une véritable thérapie de soutien (AI pce 169 p. 27).

### **E. 11.3**

Le service médical de l'OAIE s'est déterminé sur les rapports d'expertise susmentionnés ; le 12 mars 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_, rhumatologue, a examiné le volet rhumatologique (AI pce 176) et quant au Dr R. \_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et en psychothérapie, il a examiné le volet psychiatrique le 4 mars 2015 (AI pce 174). Sur le plan rhumatologique, le Dr S. \_\_\_\_\_ constate qu'au moment de l'octroi de rente et encore aujourd'hui, il n'y pas de pathologie somatique pouvant expliquer les douleurs de l'intéressée. Il résume les plaintes musculo-squelettiques de l'assurés qui sont généralisées (lombo-pygialgies chroniques insomniantes, cervico-brachialgies, douleurs et paresthésies des mains et des polyarthralgies d'allure mécanique ainsi qu'omalgies bilatérales augmentant aux mouvements). Il explique que néanmoins tous les résultats d'examens sont normaux : l'examen général, l'examen neurologique, l'examen ostéo-articulaire, la mobilité des articulations des membres supérieurs et inférieurs, le bilan radiologique de la colonne

cervicale et lombaire et des mains ainsi que l'ultrasonographie (épaules, genoux, coudes poignets, MCP, IPP et IPD). Selon le Dr S. \_\_\_\_\_ l'expertise rhumatologique est de bonne qualité et aucun élément ne permet de s'en écarter (AI pce 176 p. 2-3). Il retient ainsi une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée dès le 5 septembre 2014 (date de la visite médicale réalisée pour l'expertise ; AI pce 176 p. 1). Sur le plan psychiatrique, le Dr R. \_\_\_\_\_ constate qu'actuellement le diagnostic posé de dysthymie correspond aux résultats de l'expertise et exclut une dépression moyenne à grave, dès lors que l'assurée ne prend pas ses antidépresseurs. Il considère au contraire de l'expert que l'histrionisme de l'assurée doit être traité comme des traits de sa personnalité et non des troubles de la personnalité. En tout état de cause, il explique que cette distinction ne constitue pas une lourde comorbidité psychiatrique. Le Dr R. \_\_\_\_\_ conclut que les diagnostics posés ne fondent aucune incapacité de travail et que la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée est exigible dès la date de la visite médicale réalisée dans le cadre de l'expertise, soit le 5 septembre 2014 (AI pce 174 p. 2).

#### **E. 11.4**

Le Tribunal constate que l'autorité inférieure a à juste titre requis une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique, dès lors qu'il s'agissait d'examiner une pathologie sans pathogenèse ni étiologie claires. Il sied de relever que, l'expertise a été rendue par des spécialistes des domaines concernés disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressée, à savoir le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. De plus, cette expertise revêt un caractère interdisciplinaire dès lors que le rapport tient compte des divers observations et avis des experts, pour aboutir à une conclusion coordonnées sur la capacité de travail de la recourante eu égard à ses atteintes à la santé (AI pces 167 p. 11-13 et 169 p. 29), ce qui renforce la valeur probante de l'appréciation des experts. Au surplus, les rapports d'expertise psychiatrique et rhumatologique satisfont aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où ils tiennent compte des éléments au dossier (AI pces 167 p. 2-3 et 169 p. 1-8 et 11), ont été rendus après une visite médicale de l'intéressée (5 septembre 2014), prennent en considération les plaintes de la recourante (AI pces 167 p. 6-7 et 169 p. 12-13), contiennent une anamnèse complète (AI pces 167 p. 2-6 et 169 p. 1-11), se fondent sur des examens circonstanciés (AI pces 167 p. 7-9 et 169 p. 14-22) ainsi que sur les résultats d'examens radiologiques (AI pces 167 p. 9), contiennent une discussion sur la situation médicale et les points litigieux, de même que des conclusions motivées (AI pces 167 p. 10-13 et 169 p. 23-31). A l'instar des médecins du service médical de l'OAIE, le Tribunal de céans considère que l'expertise bidisciplinaire compte tenu de sa qualité, permet une appréciation convaincante de la situation. Le Tribunal constate que c'est à juste titre que les médecins du service médical de l'OAIE ont retenu une pleine capacité de travail dès le 5 septembre 2014 (date de la visite médicale menée dans le cadre de l'expertise) et non dès le 1er janvier 2014 ou préalablement (cf. expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_, AI pce 169 p. 29), dès lors qu'aucun rapport médical au dossier n'a une valeur probante suffisante pour établir cette capacité à une date antérieure. Il s'agit encore d'examiner si cette valeur probante est également donnée au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral et si un complément d'instruction est nécessaire. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise précisément en raison de cette nouvelle jurisprudence.

#### **E. 11.5.1**

Conformément à l'ATF 141 V 281, il s'agit de procéder à un examen global à la lumière des indicateurs définis par le Tribunal fédéral. Il convient notamment de mettre l'accent d'une part sur les facteurs d'incapacités et d'autre part sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser ainsi la capacité d'exécuter une tâche ou une action (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Pour évaluer le degré de gravité de l'atteinte, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a pris en compte le succès du traitement (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2, 143 V 409 consid. 4.5.2 ; arrêt du TF 9C\_21/2017 du 22 février 2018 consid. 5.1). Il a démontré que le traitement suivi auprès de la psychiatre et du médecin traitant était moindre. En effet, selon lui, la fréquence de consultation (une fois chaque mois ou tous les deux mois) constitue tout au plus un contrôle qu'une véritable thérapie de soutien (AI pce 169 p. 5-27). De plus, à la suite d'examens paracliniques, le Dr Q.\_\_\_\_\_ constate une probable non observance du traitement d'Escitalopram qui est non détectable dans les résultats. Il indique que si nécessaire une bonne observance à l'Escitalopram devrait permettre l'amendement des quelques symptômes psychiques résiduels (AI pce 169 p. 27). Parallèlement à l'analyse du traitement suivi, les experts se sont référés aux limitations fonctionnelles de l'intéressée. Sur le plan psychiatrique, il a été retenu que la légère dysthymie ou la personnalité histrionique n'entraînent pas d'effet limitatif empêchant l'intéressée de mettre en valeur ses ressources. L'expert en rhumatologie a fixé comme seules limitations quantitatives en relation avec les troubles constatés une limitation concernant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10 à 15kg (AI pce 167 p. 11). Ces limitations fonctionnelles définies par les experts ne permettent pas de mettre en relief que l'assurée est privée de certaines ressources pour mettre en oeuvre sa capacité de travail. Enfin, les experts traitent spécifiquement dans leurs rapports du fonctionnement quotidien de l'assurée (limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie et poids effectif des souffrances ; ATF 141 V 281 consid. 4.4). Selon les experts, l'assurée vaque à ses occupations quotidiennes sans grande difficulté, à savoir : entretien du jardin, promener le chien, s'occuper des tâches ménagères, faire la cuisine, faire les commissions en voiture, visiter sa soeur qui habite à proximité, s'habiller, effectuer ses soins corporels, prendre le bus seule, conduire une voiture une heure, marcher à plat pendant 30 minutes et porter des charges de moins de 5kg (AI pces 167 p. 4 et 169 p. 10, 13 et 25). De plus, selon les experts, elle assume seule l'éducation de ses trois enfants, son mari étant revenu en Suisse dès 2007 (AI pces 167 p. 10 et 169 p. 25) et bénéficie d'un excellent environnement social (ses trois enfants et de bonnes relations avec l'ensemble de la famille ; AI pce 169 p. 27). Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la recourante ne se trouve nullement limiter dans l'organisation de sa vie, à l'exception de quelques tâches isolées (qui sont effectuées par une femme de ménage ou ses enfants, à savoir commissions lourdes, nettoyer les vitres, repasser, passer l'aspirateur ; AI pces 167 p. 4 et 169 p. 13). L'intéressée a mis en place, en l'absence même de traitement, des ressources pour surmonter les éventuelles limitations causées par ses atteintes psychosomatiques. Face à ces éléments, le Tribunal constate qu'un examen global à la lumière des indicateurs de la nouvelle jurisprudence est conforme au droit fédéral. Une étude circonstanciée des points litigieux a été menée aboutissant à des conclusions motivées dont le Tribunal ne voit pas de raison de s'écarter. Le Tribunal de céans constate que les atteintes psychosomatiques de l'intéressée ne peuvent pas être qualifiées d'invalidantes.

#### **E. 11.5.2**

A titre superfétatoire, le Tribunal constate que les troubles d'ordre psychique de la recourante ne résistent pas aux motifs d'exclusion : en principe, il n'existe aucune atteinte à la santé au sens de l'AI lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (cf. supra consid. 8.3). En l'espèce, il ressort de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, que l'intéressée a un comportement très démonstratif. Cela se reflète tant par son discours qu'elle exprime à l'aide de formules propres à frapper l'imaginaire que par une exagération de ses réactions émotionnelles presque caricaturale. L'expert pose le diagnostic de personnalité histrionique (AI pce 169 p. 23). Par ailleurs, le Dr Q.\_\_\_\_\_ rapporte que l'assurée produit des symptômes physiques chez le rhumatologue et des symptômes d'apparence psychique chez le psychiatre (AI pce 169 p. 27). Le médecin du service médical de l'OAIE, le Dr R.\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et en psychothérapie, retient quant à lui que ce comportement doit être qualifié de traits de la personnalité (AI pce 174 p. 2). Cette distinction - justifiée ou non - n'a pas de conséquence, dès lors que l'expert et le médecin du service médical de l'OAIE reconnaissent tout deux que l'intéressée a recours excessivement à l'exagération. Ainsi, les plaintes démonstratives étant un des motifs d'exclusion décrit à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281, le Tribunal est d'avis que les troubles d'ordre psychique de l'assurée ne constituent pas une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité.

#### **E. 11.6**

Le Tribunal de céans constate sur le plan médical que l'expertise bidisciplinaire remplit les exigences jurisprudentielles et permet d'apprécier l'affaire d'une manière convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Non seulement cette expertise repose sur un examen détaillé et interdisciplinaire des troubles de l'assuré, compte tenu de ses plaintes, mais encore, les conclusions sont dûment motivées et sont convaincantes.

#### **E. 12**

Suite aux rapports d'expertise précités des 8 septembre et 4 décembre 2014 ainsi qu'à la décision de l'autorité inférieure le 3 juin 2015, de nouveaux documents médicaux ont été versés au dossier lors de la procédure de recours ; certains datent soit d'avant la décision litigieuse du 3 juin 2015 (cf. TAF pces 1 et 17), soit d'après cette décision, à savoir de janvier 2016 (cf. TAF pce 17). En s'appuyant sur les rapports médicaux précités, la recourante fait valoir que l'expertise est contredite par quatre différents praticiens consultés au Portugal qui retiennent une incapacité totale de travailler dans toutes activités. Selon la recourante, l'instruction du dossier sur le plan psychiatrique est ainsi insuffisante. C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation médicale repose sur une évaluation médicale complète, telle qu'en l'espèce, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation de l'expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du TF 9C\_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1).

#### **E. 12.1**

Concernant les rapports médicaux datant de mai 2015, il s'agit notamment d'un rapport de médecine chinoise traditionnelle du 18 mai 2015 dont l'auteur ne s'est pas désigné ni ne l'a même signé (TAF pce 1). Dit rapport évoque la symptomatologie déjà connue dans

l'expertise, à savoir des douleurs généralisées, mais plus sévères dans les régions lombaires, cervicales et du membre supérieur. Ce rapport fait état d'atteintes liées à la digestion (alternance entre constipation et diarrhée), aux reins et à la rate, mais n'indique pas que ces atteintes sont constitutives d'une incapacité de travail ; il fait mention au contraire de leur amélioration. De plus, la conformité de ce rapport aux réquisits jurisprudentiels peut être mise en doute eu égard à l'absence de limitations fonctionnelles, de motivation et de qualification médicale déterminante. L'intéressée a produit en outre trois autres rapports médicaux datés de mai 2015, à savoir du 2 mai 2015 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, psychiatre, du 4 mai 2015 de la Dresse I.\_\_\_\_\_, rhumatologue, du 22 mai 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et de famille (TAF pce 1). Ces trois médecins se réfèrent au diagnostic posé de fibromyalgie et constatent une dépression, en particulier - selon la psychiatre - un trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33). Or, il apparaît que le rapport médical de la psychiatre, la Dresse J.\_\_\_\_\_, ne se fonde pas sur des examens complets, tels que des tests psychologiques, au contraire de l'expertise (rapport du service médical de l'OAIE du 1er décembre 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_, TAF pce 14). Quant aux atteintes somatiques (rachialgies et changements dégénératifs) invoquées par le rhumatologue et le médecin traitant, elles ne permettent pas de s'écarter de l'avis des experts qui ont conclu à un syndrome lombovertébral et cervico-brachialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie en se basant sur des examens circonstanciés (radiographies et ultrasonographies ; AI pce 167 p. 9). De plus, vu les conséquences tant sur le plan somatique que psychique, fait défaut une étude circonstanciée de l'intéressée eu égard à sa personnalité histrionique et sa forte tendance à l'exagération constatée par les experts suisses. L'absence de cette étude est particulièrement flagrante concernant le diagnostic posé par la psychiatre de dépression réactionnelle suite à l'expertise en Suisse la considérant apte à travailler. En effet, il est constant que les médecins traitants sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, les trois médecins font état de la résistance thérapeutique de leur patiente aux différents traitements suivis, tant pharmacologiques (escitalopram, diazepam, analgésiques myorelaxants, antidépresseurs), que des consultations contre la douleur, en rhumatologie et en psychiatrie, ou encore des thérapies alternatives (acupuncture, hydrogénosynthèse). Néanmoins, comme l'ont expliqué les experts dans leur rapport, non seulement l'absence de prise effective de thérapie médicamenteuse a été prouvée (des traces de celle-ci n'apparaît aucunement aux examens), mais de plus les consultations psychiatriques sont tout au plus eu égard notamment à leur fréquence un examen de contrôle (cf. supra consid. 11.5.1). Concernant la vie quotidienne de l'intéressée, les médecins expliquent brièvement que l'intéressée est limitée dans l'exécution de ses tâches domestiques. Selon la psychiatre, elle présente des périodes d'incapacité totales à accomplir ces tâches restant au lit avec un désintérêt et une démotivation généralisée et, selon le médecin généraliste et de famille, elle doit effectuer des interruptions dans sa vie quotidienne pour se reposer soulageant ainsi ses crises douloureuses. Comme déjà analysé par le Tribunal, les experts ont développé cette thématique de manière plus précise en décrivant notamment une journée de l'intéressée comprenant l'accomplissement de ses tâches ménagères et ont abouti à la conclusion qu'au contraire elle est peu limitée dans sa vie quotidienne (cf. supra consid. 11.5.1). Les éléments évoqués par les médecins portugais sont trop abstraits et généraux pour être suivis par le Tribunal pour justifier la mise en oeuvre d'une sur-expertise judiciaire. Au vu de ce qui

précède, aucun des trois documents médicaux présentés ne vient remettre en cause les conclusions des experts. La documentation médicale des trois médecins portugais n'a pas valeur probante suffisante et leurs conclusions ne seront pas suivies (incapacité de travailler dans n'importe quelle profession et selon la rhumatologue d'accomplir les tâches de la vie quotidienne).

### **E. 12.2**

Enfin, la recourante a produit des documents médicaux postérieurs à la décision du 3 juin 2015, à savoir un certificat du 12 janvier 2016 de la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialité non indiquée, et un rapport médical du 15 janvier 2016 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, psychiatre (TAF pce 17). Il sied de rappeler que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, le Tribunal ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 121 V 362 consid. 1b ; arrêt du TF 9C\_10/2018 du 25 avril 2018 consid. 3.3). En outre, le document de la Dresse T.\_\_\_\_\_ se limite à attester des diagnostics, déjà connus pour la plupart, dont souffre la recourante. Quant au rapport médical de la Dresse J.\_\_\_\_\_, il ne varie guère de son précédent rapport du 2 mai 2015, dont le Tribunal a déjà retenu son absence de valeur probante (cf. supra consid. 12.1). En outre, l'aggravation alléguée par ce médecin de l'état psychopathologique de sa patiente ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels (notamment limitations fonctionnelles et motivation) mais de plus est ultérieure à la décision attaquée. Une instruction complémentaire ne s'avère de ce fait pas nécessaire.

### **E. 12.3**

Au vu de ce qui précède, la recourante n'a pas produits d'éléments permettant d'infirmes les faits et les conclusions retenus par les experts. Partant, la documentation médicale versée au dossier par l'intéressée devant l'OAIE et en procédure de recours n'est pas de nature à remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise et ses conclusions. Dès lors, l'assurée n'ayant pas pu mettre en doute les conclusions de l'expertise, le Tribunal administratif fédéral peut faire siennes celles-ci. L'exercice d'une activité lucrative est exigible dès la date de l'expertise, soit le 5 septembre 2014 (cf. avis du Dr S.\_\_\_\_\_, AI pce 176). En conclusion, c'est à bon droit que l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité de la recourante à compter du 1er août 2015.

### **E. 13**

Vu ce qui précède, la décision dont est recours ayant supprimé la demi-rente de l'intéressée en application de la lettre a des Dispositions finales de la 6e révision (premier volet) de la LAI peut être confirmée sur le plan médical. Il ne reste donc plus qu'à examiner si la recourante a droit à la mise en place de mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI.

#### **E. 14.1.1**

Selon les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales précitées, l'assuré (D : die Bezügerin oder der Bezüger ; I : l'assicurato) a droit, en cas de réduction ou de suppression de sa rente, à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI. Durant la mise en oeuvre desdites mesures de réadaptation, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la

rente. Le but de ces mesures est de faciliter à la personne concernée par la suppression ou diminution de rente le retour à la vie active (cf. Message du Conseil fédéral du 24 février 2010 [FF 2010 1736 s.]).

#### **E. 14.1.2**

Dans un arrêt 9C\_64/2015 du 27 avril 2015 consid. 4.1, le Tribunal fédéral a relevé que même en présence des conditions d'application de la lettre a des Dispositions finales, l'office AI n'a pas le droit de réduire ou de supprimer les rentes en cours sans un examen préalable d'une possible réinsertion dans le marché du travail et que la personne assurée ait été informée de mesures envisageables lors d'un entretien personnel (cf. arrêts du TF 8C\_583/2014 du 12 décembre 2012 consid. 4.2 et 8C\_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 4.3.2 ; voir aussi le ch. 1004.2 de la CDF qui impose un entretien personnel avec l'assuré au cours duquel seront discutées et planifiées des mesures de nouvelle réadaptation). Il ne peut avoir été renoncé valablement à un entretien que si dans la décision de suppression de rente il a été relevé que des mesures de nouvelle réadaptation seraient inutiles faute d'intérêt de la personne assurée auxdites mesures (cf. ATF 141 V 385 consid. 5.3). Il n'appert pas du dossier que l'OAIE ait eu un entretien en application de la lettre a des Dispositions finales de la 6e révision (premier volet) de la LAI. La décision dont est recours ne se prononce pas non plus à ce sujet et n'indique pas non plus que des mesures de réinsertion dans le monde du travail selon l'art. 8a LAI seraient inutiles et vouées à l'échec faute d'intérêt de l'assuré. Il ressort de l'expertise rhumatologique que le P. \_\_\_\_\_ n'exclut pas d'emblée une réussite des mesures de réadaptation professionnelle. Certes, il constate certains éléments indiquant un mauvais pronostic tels que l'intime conviction de l'intéressée d'une invalidité totale et à vie ainsi qu'une diminution du déclenchement du seuil de la douleur, mais simultanément il est d'avis que de telles mesures sont envisageables et peuvent avoir une bonne influence sur sa capacité de travail vu l'absence de socles somatiques et psychiatriques (AI pce 167 p. 12). L'omission de l'autorité inférieure de n'avoir pas procédé à un entretien personnel conformément au ch. 1004.2 de la CDF le prescrivant doit être qualifié de vice de procédure qui ne peut être guéri au cours de la présente procédure de recours (cf. ég. l'arrêt du Tribunal de céans C-3475/2014 du 13 septembre 2016 consid. 10.4). Il sied dès lors de retourner le dossier à l'autorité inférieure (art. 61 PA) afin qu'elle se prononce sur ces aspects desdites dispositions finales de la 6e révision (premier volet) de la LAI. Il sied de relever dans ce contexte que dans un arrêt du TF 9C\_558/2015 du 4 avril 2016 la Haute Cour, dans le cadre d'un renvoi de dossier à l'autorité inférieure, en l'occurrence à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, pour complément d'instruction et nouvelle décision sur une suppression de rente en application de la lettre a desdites Dispositions finales, concernant une ressortissante italienne domiciliée en Australie, invita l'autorité inférieure, cas échéant, à se prononcer sur le droit à la rente et à des mesures de nouvelle réadaptation selon la lettre a desdites Dispositions finales pour le cas où la suppression de rente serait confirmée (consid. 6.3 in fine).

#### **E. 14.2**

La décision de suppression de rente prise par l'OAIE étant imparfaite en l'espèce du fait de n'avoir pas été suivie d'un entretien quant à des mesures d'aide à la réinsertion de l'assuré, impératives au moins quant à leur examen d'un bien-fondé, la rente de l'intéressée est due in casu rétroactivement jusqu'à la notification du présent arrêt. Le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et entretien avec l'assuré. L'autorité inférieure est invitée à poursuivre sans délai l'instruction par un entretien avec l'assurée

suivi d'une décision concernant l'octroi ou non de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI. L'autorité inférieure ne s'étant pas prononcée sur cette question concrètement ni quant au droit en tant que tel même brièvement, le Tribunal de céans ne peut le faire. En effet, selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 consid. 1.2, 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., 1983, p. 43 ; voir ég. Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, Vol. II, 2e éd. 2011, p. 823 s.) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer / Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446).

### **E. 14.3**

Dans un ATF 141 V 385 la Haute Cour a eu à se prononcer sur la question de savoir de ce qu'il advenait d'une rente d'invalidité indûment supprimée à tort en application de l'art. 17 LPGA plutôt qu'en se conformant à la let. a de l'al. 1 des Dispositions finales de la LAI. Répondant à cette question, et soulignant le fait qu'il ne devait pas y avoir coupure entre la décision de suppression de rente et cas échéant l'octroi de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI et en parallèle l'octroi d'une rente pendant une durée au plus de deux ans selon lesdites dispositions finales, le Tribunal fédéral a indiqué que, cas échéant, les mesures de nouvelle réadaptation et l'octroi parallèlement de la rente jusqu'alors versée mais limitée dans le temps commençaient à courir dès la notification de l'arrêt cantonal et que jusque-là la rente ordinaire continuait d'être versée (consid. 5). Il n'apparaît pas qu'une solution différente doive être prise dans la présente cause du fait d'un domicile à l'étranger de l'assurée (cf. en relation avec le domicile à l'étranger l'arrêt du TF 9C\_558/2015 du 4 avril 2016 consid. 6.3 in fine). Enfin, le Tribunal administratif fédéral a déjà statué dans une constellation similaire que la rente ordinaire d'invalidité devait être versée jusqu'à la notification du jugement (arrêt du TAF C-2667/2014 du 12 mai 2017 consid. 14 ; cet arrêt n'a pas été remis en cause par l'arrêt d'irrecevabilité du Tribunal fédéral 9C\_449/2017 du 31 janvier 2018).

### **E. 15.1**

Vu l'issue de la procédure, la recourante obtenant partiellement gain de cause par le maintien du droit à la rente jusqu'à la notification du présent arrêt et le renvoi du dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle poursuive l'instruction de la suppression de rente en application de la lettre a des Dispositions finales de la 6e révision (premier volet) de la LAI en procédant sans délai à un entretien avec l'assurée suivi d'une décision concernant l'octroi ou non de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI, il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais perçue de la recourante au cours de la procédure de 400.- francs lui est restituée.

### **E. 15.2**

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 alloue 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. Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). En l'espèce, la recourante a agi sans mandataire professionnel lors du dépôt de son recours (TAF pce 1). Un Conseil s'est constitué au stade de la réplique (TAF pce 19) et n'a pas produit de note d'honoraires. Il est alloué à la partie recourante une indemnité de dépens de 2'000.- francs non soumises à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure. Cette indemnité tient compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire (principalement la prise de connaissance de l'affaire, une réplique de 4 pages, un courrier demandant une copie la cause ainsi qu'une prolongation de délai et un second courrier pour connaître l'avancée de la cause) et du temps consacré par le représentant de la recourante.

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