

BVGer C-5622/2014 vom 30. Oktober 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5622_2014

FR: TAF C-5622/2014 du 30 octobre 2018

IT: TAF C-5622/2014 del 30 ottobre 2018

Regeste

Droit à 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. 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 (ci-dessus, catégorie 1) formaient le socle de base pour l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme 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 (ci-dessus, catégorie 2). Le Tribunal fédéral a également expliqué que ce catalogue d'indicateurs devait être appliqué en fonction des circonstances de chaque cas individuel et ne constituait pas une simple "check list". En outre, il ne saurait être considéré comme immuable. Au contraire, il doit pouvoir s'adapter à de nouvelles connaissances médicales établies (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1, et 9C_549/2015 du 29 janvier 2016, consid. 4). S'agissant enfin du droit intertemporel, le Tribunal fédéral a indiqué que ces indicateurs

étaient également applicables aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence, soit avant le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281 consid. 8 et la référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1).

E. 2.3

En l'occurrence, l'intéressée est une ressortissante suisse résidant en France, soit dans un Etat membre de l'Union européenne (AI pce 26, pages 1-2 et pce 27). Ainsi, les dispositions légales de droit suisse en vigueur dans leur teneur au moment de la décision attaquée, soit au 27 août 2014, sont applicables (cf. ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Par ailleurs, le Tribunal administratif fédéral se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de l'intéressée jusqu'au jour de la décision, soit au 27 août 2014, 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 de l'intéressée antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445, consid. 5 ; ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b ; voir également arrêts du Tribunal administratif fédéral C-31/2013 du 14 janvier 2014, consid. 3.1 et C-1121/2014, consid. 2.3).

E. 3

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, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 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. 4.1

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'AI suisse pour la période à partir du 1er novembre 2014, parce que l'OAIE, par décision du 27 août 2014 (AI pce 205), a supprimé la demi-rente d'invalidité dans le cadre d'une procédure de révision à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification, soit à compter du 1er novembre 2014.

E. 5.1

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 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 5.2

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En outre, le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

E. 5.3

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 demie 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. 5.4

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).

E. 5.5

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b). Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 5.6

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

E. 5.7

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 ; ATF 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 ; ATF 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). 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 Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 5.8

Dans un arrêt de principe 141 V 281 du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a fixé que la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable (cf. consid. 4.2 de l'arrêt) devait être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée (par des indicateurs standards) et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6 de l'arrêt). Dans un arrêt du 30 novembre 2017 (143 V 418), le Tribunal fédéral a précisé que sa jurisprudence concernant l'application d'une grille d'évaluation normative et structurée était valable pour toutes les affections psychiques (consid. 6 et 7 de l'arrêts). Le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychiques en les répartissant dans les deux catégories suivantes :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

E. 5.9

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre

2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

E. 6.1

Selon l'art. 17 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. 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. L'art. 88a al. 1 RAI 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 que l'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. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (voir l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; Valterio, op. cit., n° 3085). L'art. 88bis al. 2 let. a RAI 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. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2). Ces dispositions s'appliquent par analogie lors de l'octroi d'une rente limitée dans le temps.

E. 6.2

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 en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 125 V 368 consid. 2 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; Valterio, op. cit., p. 832 ss n° 3063). 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 (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; 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 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 287 consid. 1b ; RCC 1987 p. 36 ; Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

E. 6.3

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, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel

du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 125 V 369 consid. 2 ; ATF 112 V 372 consid. 2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-630/2013 du 14 décembre 2015, consid. 7.1).

E. 6.4

L'objet de la preuve est donc la présence d'une différence significative au sens de l'art. 17 LPGA, étant précisé que celle-ci doit ressortir de la documentation médicale versée au dossier dans le cadre de la procédure de révision. Il s'ensuit que le relevé des constats portant sur l'état de santé actuel et ses répercussions fonctionnelles constitue certes le point de départ de l'appréciation médicale, il ne peut toutefois être déterminé de manière indépendante. En effet, il est seulement pertinent pour l'issue de la cause dans la mesure où il démontre une différence effective dans l'état des faits par rapport à la situation médicale antérieure. La valeur probante d'une expertise exécutée dans le cadre d'une révision dépend donc essentiellement du point de savoir si elle se rapporte de façon suffisante à la preuve requise, à savoir à un changement notable de l'état des faits. Il en découle qu'une appréciation médicale en soi complète, claire et concluante à laquelle il conviendrait d'accorder la préséance dans le cadre de la détermination initiale du droit à la rente ne présente en principe pas la valeur probante juridiquement requise si cet avis (qui diffère d'une estimation antérieure) ne se prononce pas de façon suffisante quant au changement effectif de l'état de santé. Une exception à cette règle se justifie uniquement s'il paraît évident que la situation médicale a évolué (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid.4.2 et les références citées, également ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et l'arrêt du TF 9C_51/2015 du 1er juillet 2015).

E. 6.5

La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit nécessite toutefois un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du TF 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2 ; 8C_761/2010 du 1er mars 2011 consid. 2.2.2). En outre, une démarcation crédible entre changement effectif ou seulement supposé n'est pas atteinte au niveau de la preuve requise, lorsque seule des différences nominatives quant aux diagnostics sont retenues. En revanche, la constatation d'une modification effective par rapport à l'état antérieur est suffisamment démontrée, lorsque l'expert fait part des points de vue concrets dans le développement de la maladie et l'évolution de l'incapacité de travail qui l'ont conduit à poser de nouveaux diagnostics et une nouvelle appréciation de l'étendue des troubles (arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et les références citées).

E. 7.1

S'agissant d'une suppression d'une demi-rente dans le cadre d'une procédure de révision (qui nécessite un examen de l'évolution dans le temps et une modification importante), il convient d'abord de déterminer la base de comparaison pertinente dans le temps. Selon la jurisprudence, c'est la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit qui constitue le point de départ temporel pour

l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision (cf. consid. 6.3 ci-dessus, ATF 134 V 131 consid. 3; 133 V 108 consid. 5.4).

E. 7.2

Les décisions des 25 novembre 2011 (AI pces 133 à 136) n'ayant été rendues qu'en exécution de l'arrêt du Tribunal fédéral du 23 septembre 2011 (AI pce 129), la dernière décision constituant le point de départ temporel pour l'examen des conditions de révision est celle du 24 janvier 2008 (AI pce 91). Il convient donc d'examiner si un changement de la situation et de l'état de santé est intervenu entre le 24 janvier 2008 et le 27 août 2014 (date de la décision attaquée dans la présente procédure).

E. 7.3

Il faut tout d'abord constater que la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision du 24 septembre 2004 en application de la méthode mixte avec une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'assistante en pharmacie, exercée à 90%, et un empêchement de 30% pour le ménage auquel 10% du temps était consacré (AI pce 44 page 7). Dans l'arrêt entré en force du 11 mai 2010 (AI pce 120 pages 3 ss), le Tribunal cantonal a estimé que l'avis du Prof. J. _____ qui mentionnait dans son rapport d'expertise du 20 septembre 2006 une capacité de travail de 60% à 70% dans une activité adaptée, soit sept heures à sept heures et demi par jour, en alternant les positions assise / debout et en évitant le port de charge dépassant huit kilos, retenait les mêmes diagnostics déjà présents lors de la décision du 24 septembre 2004 et que cet avis n'était dès lors qu'une appréciation différente de l'incapacité de travail. Le Tribunal cantonal a donc retenu, comme dans la décision du 24 septembre 2004, une incapacité totale de travail, mais a considéré que la recourante serait active à 50% et non à 90% si elle était en bonne santé, c'est pourquoi elle présentait un taux d'invalidité de 57% ouvrant droit à une demi-rente dès le 1er juin 2007 (taux d'invalidité dans l'accomplissement des tâches ménagères occupant 50% du temps: 14%; incapacité de travail dans une activité lucrative qui serait exercée à 50%: 100%). La réduction des prestations de l'assurance-invalidité d'une rente entière à une demi-rente à partir du 1er juin 2007 n'est donc pas due à une modification de l'état de santé ou de la capacité de travail comme l'indique expressément le Tribunal cantonal (AI pce 120 page 9), mais à un changement de statut de la recourante d'active à 90% (avec 10% de ménage) à active à 50% (avec 50% de ménage). Le Tribunal cantonal a en effet considéré que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de manière notable entre la première décision de rente du 24 septembre 2004 et la décision du 24 janvier 2008, la recourante présentant toujours une incapacité totale de travail. Il faut noter qu'une diminution de rente due uniquement à un changement de statut ne serait aujourd'hui plus possible suite à l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016, n° 7186/09 (voir consid. 9).

E. 7.4

Il faut cependant relever que le Tribunal cantonal, dans son arrêt du 11 mai 2010, a indiqué que le degré d'invalidité de 57% ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité « dès le 1er juin 2007, soit le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse » (AI pce 120 page 9). Visiblement, le Tribunal cantonal a confondu le projet de décision du 29 mars 2007 (AI pce 66) et la décision litigieuse du 24 janvier 2008 (AI pce 91). Étant donné que la rente entière avait été versée jusqu'à fin février 2008, l'Office de l'assurance-invalidité du Canton C. _____ a procédé au versement rétroactif de la

demi-rente à compter du 1er mars 2008 (AI pces 133 à 136). D'autre part, le Tribunal cantonal a estimé dans le considérant 9 de l'arrêt du 11 mai 2010 que la capacité de travail était établie jusqu'au 6 novembre 2008, en effet il a mentionné que le Dr D._____ faisait état le 6 mai 2008 d'une incapacité de travail pour une période d'au moins 6 mois, que cette capacité était susceptible d'évoluer après ce laps de temps, soit après le 6 novembre 2008, et qu'il se justifiait de renvoyer la cause à l'OAI pour examiner si une modification de l'état de santé était intervenue dès fin 2008 qui exigerait, dans le cadre d'une nouvelle révision, un nouveau calcul du degré d'invalidité (AI pce 120 page 9). Comme vu plus haut (cf. consid. 7.2), c'est cependant la date du 24 janvier 2008 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen des conditions de révision.

E. 8.1

Concernant les diagnostics et l'état de santé en janvier 2008, le dossier contient deux rapports médicaux du Dr. D._____ des 24 mai 2007 et 5 septembre 2007 et un avis médical du Dr. M._____ du 19 janvier 2008. Mais on peut aussi retenir les pièces antérieures puisque le Tribunal cantonal a expressément mentionné dans son arrêt du 11 mai 2010 (AI pce 120 page 9) que ni l'état de santé ni la capacité de travail s'étaient modifiés depuis la première décision de rente du 24 septembre 2004, mais que la diminution de rente était uniquement due à un changement de statut de la recourante. Concernant la période après janvier 2008, le dossier ne contient aucune pièce médicale jusqu'en 2012. Le 26 janvier 2012, le Dr N._____ indique qu'il a opéré la recourante en février 2008 d'un bypass gastrique pour une obésité morbide et que les suites opératoires sont restées bonnes (AI pce 143). Le 3 février 2012, le Dr G._____, qui a examiné la recourante en dernier lieu le 20 janvier 2012, indique une aggravation de l'état de santé depuis mai 2011 avec l'apparition de coxalgies bilatérales et l'aggravation des lombalgies (AI pce 144). Dans son rapport du 16 février 2012, le Dr O._____, psychiatre, qui traite la recourante depuis mars 2009 et a effectué le dernier contrôle le 15 janvier 2012, mentionne que les troubles psychiatriques sont en amélioration, que les limitations sont liées uniquement à des problèmes somatiques et que la recourante présente, vu sa grande fatigabilité, une capacité de travail de 50% dans une activité légère (AI pce 145). Le Dr K._____ cite les trois rapports de 2012 dans sa prise de position du 26 septembre 2012 où il indique que, selon l'arrêt du Tribunal fédéral du 23 septembre 2011, il faut se prononcer sur une éventuelle modification de l'état de santé depuis la fin de 2008 et qu'une expertise pluridisciplinaire s'impose (AI pce 151). L'expertise de la Policlinique L._____ a été effectuée en mars, avril et juin 2013 (AI pce 164). Faute d'autres pièces, il faut donc se baser sur ces documents médicaux pour examiner l'évolution de l'état de santé depuis le 24 janvier 2008.

E. 8.2

Le Tribunal de céans constate que la recourante présentait au moment de la première décision de rente du 24 septembre 2004 les diagnostics suivants : status après intervention lombaire dans le but de renforcer le système ligamentaire postérieur (rapport du 19 janvier 2004 du Dr D._____, AI pce 30), lombalgies chroniques, blocages répétitifs, surcharge pondérale (rapport du 18 mai 2004 du Dr F._____ AI pce 33), lombalgies et par intermittence sciatalgies (rapport du 10 juin 2004 du Dr G._____, AI pce 34). Lors de la deuxième décision de rente du 24 janvier 2008, date à laquelle selon le Tribunal cantonal l'état de santé et la capacité de travail étaient toujours les mêmes, les diagnostics étaient les suivants : lombalgies chroniques présentes depuis janvier 2000, surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non organicité, obésité depuis l'âge adulte jeune, hypothyroïdie

traitée depuis 1999, status après opération des ménisques au genou gauche en 1988, status après opération des ligaments externes de la cheville gauche en 1989 (rapport du 20 septembre 2006 du Prof. J. _____ (AI pce 58). Au moment de la décision du 24 janvier 2008, la recourante présentait toujours une incapacité totale de travail dans un emploi d'assistante en pharmacie et un empêchement de 30% pour le ménage, comme c'était déjà le cas lors de la première décision du 24 septembre 2004.

E. 8.3

Dans l'expertise de la Policlinique L. _____ du 20 août 2013 (AI pce 164), les experts posent les diagnostics suivants avec influence essentielle sur la capacité de travail : lombalgies chroniques (status après stabilisation lombaire par vis transpédiculaire L5-S1 le 17 avril 2003 et status après révision chirurgicale le 3 juillet 2007). Par contre, ils considèrent que les diagnostics suivants sont sans influence essentielle sur la capacité de travail : syndrome somatoforme douloureux persistant, trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger), céphalées migraineuses de type migraine/aura, status après by-pass gastrique en 2008 pour obésité, status après abdominoplastie et plastie mammaire en 2011, périarthropathie des hanches des deux côtés, discrète chondropathie hanche droite. Alors que le médecin du SMR, le Dr K. _____, avait entre autres demandé aux experts si l'état de santé avait évolué depuis 2008 et s'il y avait eu une amélioration depuis 2008 (AI pce 151), les experts de la Policlinique L. _____ ne répondent pas directement à ces questions, mais renvoient à « l'appréciation du cas » (AI pce 164 page 31). Sous « appréciation du cas », les experts indiquent d'une part que la capacité de travail est actuellement, soit en 2013, de 100% dans une activité adaptée. D'autre part, ils mentionnent que la capacité de travail est probablement totale depuis janvier 2008 (AI pce 164 page 30). En d'autres termes, les experts de la Policlinique L. _____ indiquent que l'état de santé de la recourante respectivement ses répercussions sur la capacité de travail n'ont pas changé entre janvier 2008 et la date de l'expertise, soit 2013. Certes, les diagnostics de périarthropathie des hanches des deux côtés et de chondropathie discrète de la hanche droite sont nouveaux. Mais ces troubles sont peu prononcés et selon l'expertise, outre le fait de n'avoir aucune influence sur la capacité de travail, ces plaintes ne sont pas entièrement explicables par les éléments somatiques et les médecins les voient en relation avec le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (AI pce 164 pages 26 et 27). Ces nouveaux diagnostics ne démontrent en tout cas pas une amélioration de la santé. On ne peut cependant pas non plus considérer qu'il s'agit d'une aggravation. Les experts de la Policlinique L. _____ procèdent donc à une évaluation différente des répercussions sur la capacité de travail d'un état de santé inchangé, ce qui ne constitue pas un motif de révision (consid. 5.11).

E. 8.4

Etant donné que la recourante présentait une incapacité de travail de 100% dans une activité lucrative selon la décision du 24 janvier 2008 confirmée par le Tribunal fédéral et que l'état de santé ne s'est pas modifié notablement entre janvier 2008 et l'expertise de 2013, la question de savoir si la chute du 3 décembre 2013 a dégradé cet état de santé, ce que la recourante fait valoir, peut rester ouverte. Certes, les rapports des hôpitaux E. _____ ne mentionnent pas de dégradation persistante suite à la chute du 3 décembre 2013 malgré une hospitalisation de deux semaines et un arrêt de travail de deux mois (compte-rendu opératoire du 6 décembre 2013, AI pce 191 pages 6 et 7 ; rapport du 16 décembre 2013, AI pce 191 pages 8 à 10 ; rapport du 19 février 2014, AI pce 191 pages 4 et 5 ; rapport du 22 avril 2014, AI pce 200 pages 3 et 4), mais le fait qu'une dégradation ne ressorte pas de ces

rapports n'est pas déterminant. En effet, il faut considérer que la recourante continuait à présenter une incapacité de travail de 100% dans une activité lucrative juste avant la chute du 3 décembre 2013. Ce dernier accident n'a de ce fait aucune influence sur l'estimation du cas.

E. 8.5

L'expertise de la Polyclinique L._____ de 2013 mentionne, entre autres, un syndrome somatoforme douloureux persistant. Elle a été effectuée en 2013, donc à l'aune de l'ancienne jurisprudence. C'est probablement la raison pour laquelle les experts ne mentionnent pas pourquoi le syndrome somatoforme douloureux persistant n'a pas d'influence sur la capacité de travail, mais se bornent à indiquer que ce diagnostic est posé en face du tableau douloureux authentique mais non entièrement lié à des altérations organiques visibles (AI pce 164 page 21). Si l'on passe en revue les indicateurs standards de la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 5.8), un caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant se dessine dans le cas présent. En effet, les experts ne constatent pas d'exagération, mais relatent au contraire que la recourante semble vraiment souffrir (« tableau douloureux authentique », AI pce 164 page 21). Ils mentionnent un long traitement médical avec de nombreuses infiltrations en 2002-2003 et deux opérations en 2003 et 2007 qui améliorent les blocages mais pas les douleurs (AI pce 164 pages 9 et 10). Les experts relèvent que la recourante prend tous les jours de nombreux médicaments, dont elle ne peut pas se passer (AI pce 164 page 12). Il y a également une comorbidité psychique de longue date puisque que la recourante avait déjà dû être hospitalisée aux hôpitaux E._____ en urgence en 2000 après une tentative de suicide avec abus de médicaments (AI pce 164 pages 10 et 20) et qu'elle a été en traitement psychiatrique de 2000 à 2002 et à nouveau dès 2008 (AI pce 164 pages 20 et 21). L'expert psychiatre pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, mais considère que l'état psychique actuel ne présente pas les critères de gravité permettant de conclure à des limitations de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques (AI pce 164 page 21). Les ressources personnelles de la recourante semblent épuisées par les nombreuses situations auxquelles elle a dû faire face au cours de sa vie : la mort de son père alors qu'elle avait 14 ans, la violence de son premier conjoint, l'anorexie mentale de sa fille aînée et les hospitalisations en découlant, en particulier en 2009 (AI pce 164 page 13). Le mari de la recourante assure la tenue du ménage, la recourante ne semble que préparer les repas sans ranger et nettoyer la cuisine à fond (AI pce 164 page 14 et pce 176 page 6). La recourante a de nombreux amis qui lui rendent visite à la maison car elle évite de se déplacer, les trajets en voiture augmentant ses lombalgies (AI pce 164 page 13). La recourante garde donc des contacts sociaux, mais la limitation de ses activités est comparable dans tous les domaines de sa vie. Sur la base de toutes les indications des experts, le Tribunal de céans arrive à la conclusion que le syndrome somatoforme douloureux persistant ne paraît donc en l'occurrence pas surmontable. Cependant ce n'est pas ce point qui est décisif, mais l'évolution de l'état de santé de la recourante à partir du 24 janvier 2008 (date de la dernière décision) et force est de constater qu'il n'y a pas eu d'amélioration de la situation et de l'état de santé entre le 24 janvier 2008 et le 27 août 2014.

E. 9

Enfin il faut examiner si un éventuel changement de statut de la recourante peut avoir une influence sur le droit à la rente. La recourante fait valoir qu'elle serait actuellement active à 100% et pas seulement à 50%, si elle était en bonne santé. Si un tel changement de statut était retenu, cela conduirait à octroyer une rente entière au lieu d'une demi-rente. Or, une

modification de la hauteur de la rente due uniquement à un changement de statut, alors que l'état de santé reste inchangé, est contraire à la CEDH (cf. arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016 n° 7186/09), du moins dans la mesure où la modification de statut conduit à une suppression ou réduction de rente. Dans le cas présent, une modification du statut avec une augmentation de 50% à 90% ou 100% pour la part consacrée à une activité lucrative devrait en principe être possible selon la jurisprudence mentionnée puisqu'elle conduirait à une augmentation de rente et ne devrait pas poser de problème de discrimination. Cependant, le Tribunal considère que la question d'une augmentation de la part consacrée à une activité lucrative ne se pose pas. En effet, la recourante travaillait à 90% alors qu'elle n'avait qu'un et non trois enfants ainsi qu'un appartement au lieu d'une maison donnant plus à faire. La cadette des trois filles de la recourante n'était pas encore âgée de 10 ans à la date de la décision litigieuse du 27 août 2014, les deux autres filles étaient encore mineures et la plus âgée nécessitait une attention particulière à cause de son état de santé. De plus, il faut tenir compte du fait que la recourante habite nettement plus loin de (...) que lorsqu'elle travaillait à 90% et aurait besoin de nettement plus de temps pour atteindre un poste de travail potentiel. Il ne paraît pas vraisemblable que la recourante, si elle avait été en bonne santé, aurait travaillé à 100% au moment de la décision attaquée comme elle le fait valoir. Le Tribunal de céans constate donc que la recourante est à considérer comme active à 50% au moment de la décision attaquée et alors il n'y a pas de changement décisif de ce côté non plus.

E. 10

Etant donné que les conditions pour une révision de rente n'étaient pas remplies et que la recourante devait être considérée comme active à 50% au moment de la décision attaquée, celle-ci doit être réformée en ce sens que la recourante continue à avoir droit à une demi-rente d'invalidité (se basant sur l'empêchement de 14% dans les travaux habituels et 100% d'incapacité de travail dans une activité lucrative adaptée).

E. 11.1

Vu l'issue de la cause, il n'y a en l'occurrence pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 400.- versée par la recourante lui sera en conséquence restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, à charge pour cette dernière de communiquer un numéro de compte bancaire au moyen duquel le remboursement puisse intervenir.

E. 11.2

La recourante ayant agi en étant représentée, elle a droit à une indemnité de dépens (art. 64 PA ; art. 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]). Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant, le Tribunal lui alloue une indemnité globale de dépens de CHF 2'800.- (sans TVA [arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7527/2014 du 12 août 2015 consid. 10.2 et C-4930/2014 du 12 février 2015 consid. 12.2 et références citées]). (dispositif à la page suivante)