

# **BVGer C-727/2019 vom 11. April 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-04-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-727\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-727_2019)

FR: TAF C-727/2019 du 11 avril 2021

IT: TAF C-727/2019 del 11 aprile 2021

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

### **E. 1.2**

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA.

### **E. 1.3**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances so-ciales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.4**

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA) qui a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 11 février 2019 est recevable quant à la forme.

### **E. 2.1**

Concernant le droit matériel applicable, comme déjà relevé dans l'arrêt C-3716/2013 susmentionné, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante est

double nationale suisse et portugaise et qu'elle réside au Portugal, Etat membre de l'Union européenne (UE) (consid. 3.2 de l'arrêt cité). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 con-sid. 2.1 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 con-sid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que ledit règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles il s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et de ses règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêts du TF 8C\_329/2015 du 5 juin 2015; 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Sont également déterminante dans le cas concret, les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet), en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

## **E. 2.2**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; arrêt du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

## **E. 2.3**

En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur jusqu'au 10 janvier 2019, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours.

## **E. 3.1**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3.2**

L'objet du présent litige porte sur le bien-fondé de la suppression, à compter du 30 juin 2013, de la demi-rente d'invalidité de la recourante dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente en application de la lettre a des dispositions finales de la 6ème révision (premier volet) de la LAI. Il conviendra également d'examiner le droit de la recourante à des mesures de nouvelles réadaptation niées par l'OAIE en raison de son domicile à l'étranger. En particulier, ce litige s'insère dans le cadre d'une procédure ayant déjà fait l'objet d'un arrêt de renvoi du TAF le 24 mars 2015 (C-3716/2013), ce qui implique d'examiner si l'OAIE a complété l'instruction et s'est déterminé de façon conforme à l'arrêt (voir consid. A supra).

### **E. 4.1**

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 TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1). 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). 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 TF 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 ; ATF 125 V 369 consid. 2 ; ATF 112 V 372 consid. 2).

### **E. 4.2**

En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6ème révision (premier volet) de l'AI, entrée en vigueur le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659]), a introduit une procédure de révision particulière pour les

rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, précisant que ces rentes seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification du 18 mars 2011. Selon les termes de cette disposition d'application limitée dans le temps, 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). Cette disposition a été jugée conforme à la Constitution et à la CEDH (ATF 139 V 547). Les pathologies visées sans pathogenèse ni étiologie claires, dont le trouble somatoforme 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 par le Tribunal fédéral à l'ATF 142 V 342 avec le 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'examen cliniques psychiatriques et qui ne relèvent ainsi pas du champ d'application de la lettre a des dispositions finales précitées (ATF 139 V 547 consid. 7.1.4 et 7.2 ; 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 pouvait être réduite ou supprimée que si elle avait été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique était 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 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). Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes explicables que non explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique les dispositions finales à ces dernières. En effet ces rentiers ne peuvent pas être avantagés par rapport à ceux qui touchent une rente pour des seuls troubles dont l'origine est indéterminée. De même, ils ne peuvent pas être privilégiés par rapport aux assurés qui déposent nouvellement une demande de prestation en raison de troubles explicables et de troubles que l'on ne peut pas objectiver (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3). Selon l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu desdites dispositions ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision.

#### **E. 4.3**

Il sied de préciser qu'aux termes de l'art. 88bis al. 2 let. a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) une diminution ou une suppression de la rente d'invalidité prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

#### **E. 4.4**

Le Tribunal a déjà exposé dans son arrêt C-3716/2013 du 24 mars 2015 la façon, selon le Tribunal fédéral, de calculer le nombre d'années de versement de la rente ainsi que de déterminer le « moment de l'ouverture de la procédure de révision », de sorte qu'il peut y être renvoyé (voir consid. 6.2.2 de l'arrêt cité). Il a par ailleurs retenu que l'OAIE avait initié le réexamen de la rente le 3 février 2012, respectant ainsi le délai de trois ans prévu par la loi (voir consid. 8 de l'arrêt cité). Dans le même arrêt, le Tribunal a déjà remarqué que la

recourante n'entraîne pas dans les exceptions prévues à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, de sorte qu'elle faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen (voir son consid. 8). Partant, il n'y a pas lieu d'y revenir. Enfin, le Tribunal a déjà relevé dans l'arrêt précité que l'une des autres conditions prévues à l'al. 1 de la let. a des dispositions finales pour le réexamen de la rente, à savoir la présence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique à l'origine de la décision de la rente initiale est aussi satisfaite dans le cas de la recourante, contrairement à ce qu'elle continue de soutenir. Il peut par conséquent y être également renvoyé (voir consid. 9.1 de l'arrêt).

### **E. 5.1**

Il s'agit à présent de déterminer quelle décision est en l'espèce révisée. Comme cela a déjà été mentionné précédemment (cf. consid. A supra), 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.

### **E. 5.2**

A l'analyse du dossier, il ressort que dans sa décision rendue le 27 octobre 2011, l'OAIE, après avoir procédé à une instruction complète des faits, a examiné matériellement le droit de la recourante au maintien de sa demi-rente d'invalidité, parvenant à la conclusion que son degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit de la rente (OAIE pce 104 ; cf. consid. A supra). Il sied de souligner que plusieurs avis médicaux ont été requis, respectivement produits, dans le cadre de cette procédure de révision. Ont été produits un rapport médical détaillé de la sécurité sociale portugaise (OAIE pce 100), des images radiographiques (OAIE pce 97), un rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre (OAIE pce 98) et un rapport clinique du Dre L.\_\_\_\_\_, rhumatologue (OAIE pce 99). Ces documents médicaux ont ensuite été soumis par l'OAIE à un médecin de son service médical interne, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Ce médecin a souligné que la recourante, qui touchait une rente depuis 1997 au motif d'une fibromyalgie, présentait des polyarthralgies et des douleurs musculaires chroniques au niveau de la cage thoracique, des bras, du rachis cervical et lombaire, des hanches et des genoux. La recourante souffrait également de céphalées, de troubles de la concentration, d'asthénie persistante et de troubles du sommeil. La Dre M.\_\_\_\_\_ est parvenue à la conclusion que l'état de santé de la recourante était stationnaire depuis la dernière révision, l'incapacité de travail restant inchangée (OAIE pce 103).

### **E. 5.3**

Partant, la décision rendue par l'OAIE le 27 octobre 2011 est en l'espèce déterminante comme point de départ de la comparaison devant être effectuée entre l'état de santé présent à cette date et celui présent lors de la décision entreprise.

### **E. 6**

Reste ainsi à examiner si les troubles de la recourante entrent toujours dans ce tableau clinique et si elle présente une incapacité de travail.

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

## **E. 6.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés ayant leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Suite à l'entrée en vigueur, le 1er juin 2002, de l'ALCP, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

## **E. 6.3**

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 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 ; 114 V 310 consid. 3c). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement atteindre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1).

### **E. 6.4.1**

S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants, ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C\_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi PETER HEN-NINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12, selon lequel le diagnostic de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux dépend en large mesure du médecin qui le pose : un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux), 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).

#### **E. 6.4.2**

Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10) sont effectivement remplis. Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux (CIM-10 F 45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 51 consid. 4 et 5 et ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et les références citées ; arrêt du TF 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2).

#### **E. 6.4.3**

Depuis 2004, la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle un trouble somatoforme douloureux - ou un autre syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique - pouvait être surmonté par la personne assurée par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ainsi, de règle générale, il était considéré que ces pathologies n'entraînaient pas une limitation de la capacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité. 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 Forster), qu'il était admis qu'elle était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_689/2014 du 19 janvier 2015 consid. 2.1 avec références aux ATF 136 V 279 consid. 3, 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3 et 396).

#### **E. 6.4.4**

Le 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique dans une affaire ayant touché une personne souffrant d'un trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281). Il a précisé que ce changement de jurisprudence s'applique à toute atteinte psychosomatique semblable (ATF 141 V 281 consid. 4.2 avec référence à l'ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3). Plus tard, il a par ailleurs jugé dans les ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418 que cette nouvelle approche doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes.

#### **E. 6.4.5**

Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur (consid. 3.4 et 3.5 de l'ATF 141 V 281). Le Tribunal fédéral a entre autres considéré que cette présomption soutient à tort la conception selon laquelle celle-ci était indivisible et que seule une incapacité de travail totale pouvait en résulter (consid. 3.4.2.2 de l'arrêt). Il a également remarqué qu'il sied de renoncer à l'exigence de la

présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1). L'ancienne pratique d'évaluation de la capacité de travail de la personne concernée selon les critères de Forster est dorénavant remplacée par une procédure d'établissement de faits structurée et normative à l'aide d'un catalogue d'indicateurs, tenant compte d'une vision d'ensemble afin 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). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il s'agit de toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list. Il a aussi considéré que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1). Il a en outre exposé qu'en égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostique, à la base de l'examen (consid. 2 et 6), devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un degré d'une certaine gravité (consid. 4.3.1.1 ; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2).

#### **E. 6.4.6**

A titre de rappel, le Tribunal fédéral a classé lesdits indicateurs dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Il a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (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 (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

#### **E. 6.4.7**

Il a encore souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA selon lequel il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De même, la nouvelle pratique n'influe pas sur la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes, sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). Par conséquent, le Tribunal fédéral a confirmé qu'il faut partir du principe que la personne assurée souffrant d'une atteinte psychosomatique est valide (consid. 3.7.2). Dans un arrêt 9C\_899/2014 du 29 juin 2015, il a spécifié que d'un point de vue médical, il s'agit de dûment motiver pour quelles raisons les limitations fonctionnelles constatées justifient une limitation de la capacité de travail tenant compte de l'effort de volonté objectivement exigible, déterminé au moyen des indicateurs standards définis (consid. 3.2 de cet arrêt). Afin qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, que les limitations fonctionnelles d'un substrat médical établi, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soient mises en évidence, d'une manière concluante et libre de contradiction, au moins selon le degré de la

vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 574 consid. 4.2). Le cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (cf. arrêts du TF 9C\_492/2014 cité consid. 6 et 9C\_899/2014 cité consid. 3.2).

### **E. 7.1**

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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 V 286 consid. 1b et les références ; arrêt du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; arrêt du TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

### **E. 7.2**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

#### **E. 7.2.1**

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

#### **E. 7.2.2**

S'agissant des rapports du SMR ou du service médical interne de l'OAIE au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, 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 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 con-sid. 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).

### **E. 7.2.3**

Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

### **E. 7.3**

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a souligné que dans le cadre d'une révision introduite en raison de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision, le rôle de l'examen médical, exécuté consciencieusement par des spécialistes, est particulièrement important vu qu'il n'est pas toujours facile de déterminer du point de vue médical si un trouble psychique présente une pathogenèse et une étiologie claires. L'examen médical est donc soumis à des exigences particulièrement élevées. Un examen spécialisé selon les règles de l'art est déterminant. Les experts doivent exposer de façon claire pour quelles raisons ils ont diagnostiqué un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et pour quelles raisons l'investigation clinique psychiatrique n'a pas permis de déterminer des troubles clairement établis et objectivables en relation avec les conséquences invalidantes. De plus, l'examen doit être récent et répondre aux questions déterminantes (cf. arrêt du TF 8C\_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 4.3.1 et les références citées dont notamment l'ATF 139 V 547 consid. 9.2 ss), afin de connaître la situation de l'assuré à la date de la révision. En particulier, il faut déterminer si l'état de santé s'est détérioré ou amélioré depuis l'octroi de la rente et si, en plus des troubles non objectivables, un diagnostic ne peut pas être clairement posé à l'aide d'examens cliniques (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2). Finalement, quant à l'exigence du caractère récent des examens médicaux, le Tribunal fédéral a jugé qu'il est extrêmement douteux qu'une expertise établie deux ans et demi avant la suppression de la rente en application des dispositions finales de la 6ème révision puisse servir de base à ladite suppression (arrêts du TF 8C\_972/2012 du 31 octobre 2013 consid. 10.3.1 ; 8C\_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.3.1).

### **E. 8.1**

En l'espèce, la recourante fait valoir que son état de santé est inchangé, voire s'est détérioré, que son incapacité de travail est totale indépendamment du type d'activité professionnelle exercée et qu'elle n'est dès lors pas en mesure de reprendre une activité, considérant d'ailleurs que ses chances de réintégrer le marché du travail sont nulles. L'OAIE a quant à lui supprimé la demi-rente d'invalidité de la recourante, à compter du 30 juin 2013, au motif

que la capacité de travail de cette dernière est entière. Il a aussi exclu des mesures de nouvelles réadaptation, dans la mesure où l'OAIE estime notamment que la recourante ne remplit plus la condition dite « d'assurance ». Enfin, la suppression de la rente est jugée comme respectant le principe de proportionnalité (OAIE pce 251).

## **E. 8.2**

Le Tribunal note que, conformément à son arrêt C-3716/2013 du 24 mars 2015, l'autorité inférieure a mis en oeuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire et que la décision attaquée se fonde sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 décembre 2017 ainsi que sur les prises de position du service médical interne de l'OAIE des 17 mars, 7 avril et 4 décembre 2018 (OAIE pces 221, 230, 232 et 244). Il sied donc dans un premier temps d'examiner le rapport d'expertise du 4 décembre 2017 afin de déterminer s'il peut se voir accorder pleine valeur probante au regard des lignes directrices posées en la matière par la jurisprudence.

### **E. 8.2.1**

Le Tribunal remarque que l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie, neurologie) a été effectuée pour ses volets rhumatologique et de médecine interne par un spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, le Dr C.\_\_\_\_\_, pour son volet psychiatrique par un psychiatre FMH, le Dr D.\_\_\_\_\_, et pour son volet neurologique par un spécialiste en neurologie, le Dr E.\_\_\_\_\_. Il s'agit là de spécialistes possédant la formation et toutes les connaissances nécessaires pour juger valablement de l'état de santé de la recourante. Il ressort du rapport d'expertise du 4 décembre 2017 que celui-ci a été établi sur la base d'examens approfondis et d'investigations complètes. Les experts ont examiné la recourante séparément le 30 août 2017 après lecture attentive de l'ensemble du dossier et ont établi conjointement le rapport après une discussion interdisciplinaire (OAIE pce 221 p. 2). Ils ont dûment pris en considération les éléments médicaux au dossier (OAIE pce 221 p. 3 ; à l'exception d'un ancien rapport médical qui n'a pas été mentionné, mais sa teneur est identique à d'autres présents au dossier et au rapport d'expertise [cf. OAIE pce 177]). Le rapport d'expertise du 4 décembre 2017 a par conséquent été établi en pleine connaissance du dossier médical (notamment OAIE pce 221 p. 5 ss). Il prend en compte les plaintes de la recourante (OAIE pce 221 pp. 12 à 16), contiennent une anamnèse complète (OAIE pce 221 pp. 10 à 11 et 16 à 19), s'appuient sur des examens circonstanciés (OAIE pce 221 pp. 19 à 23) et développent une discussion sur la situation médicale et les points litigieux (OAIE pce 221 p. 23 ss).

#### **E. 8.2.2.1**

D'un point de vue somatique, les experts ont tout d'abord posé les diagnostics de surcharge pondérale et d'une dyslipidémie. A l'examen, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, a en effet relevé que la recourante est en surpoids mais qu'elle présente un bon état général. Il observe que la recourante est bien orientée, collaborante, n'est pas ralentie et ne paraît pas fatigable en fin d'examen. Au cours de l'entretien, le spécialiste a noté que la recourante ne présente pas de signe évident d'inconfort. Seules des douleurs, signalées par la recourante, à l'épaule gauche sont relevées. Du reste, les examens cardio-vasculaire, pulmonaire, abdominal, otorhinolaryngologie et de la peau ne relèvent aucune irrégularité (OAIE pce 221 p. 20). Le spécialiste en neurologie FMH, le Dr E.\_\_\_\_\_, a diagnostiqué chez la recourante des migraines sans aura, de l'eczéma atopique palpébral bilatéral ainsi que des douleurs rachidiennes et des quatre extrémités se

compliquant de phénomènes de lâchages musculaires sans substrat neurologique objectivable. L'examen clinique a révélé une nuque de mobilité modérément limitée dont la mobilisation paraît fortement sensible localement avec des muscles paracervicaux et un chef supérieur du trapèze bilatéralement contracturés et sensibles. Au cours de l'examen du tronc et des membres, il a également observé un ralentissement des mouvements rapides au niveau des quatre extrémités, des phénomènes de lâchages étagés, sans déficit moteur certain (OAIE pce 221 p. 21). L'examen de la sensibilité a donné des réponses variables et inhabituelles par moment, sans qu'il y ait toutefois d'anomalie claire. Du reste, les résultats des épreuves de marche, des bras tendus, des jambes fléchies, de la trophicité, des réflexes tendineux, de la coordination et l'examen des paires crâniennes sont normaux. L'expert a également remarqué que la recourante était par moment démonstrative et majorante (OAIE pce 221 pp. 25-26). En somme, le Dr E. \_\_\_\_\_ note que les céphalées dont souffre la recourante sont de type migraineux et non des céphalées d'ordre tensionnel. Il s'agit d'une affection à substrat somatique/organique et non à un élément psychogène/tensiogène, même si des facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans la genèse des accès. Il conclut que la composante neurologique des troubles peut entraîner au maximum une incapacité de travail de 20% en raison d'un absentéisme lié aux crises de migraines (OAIE pce 221 p. 26, p. 28). A noter que selon l'expert, il se peut que cette baisse de rendement disparaisse après modification du traitement. Il propose à cet effet que la recourante soit prise en charge par un neurologue (OAIE pce 221 p. 28). Pour l'expert, il n'y a pas lieu d'envisager une réadaptation qui n'apporterait pas d'amélioration de la capacité de travail résiduelle. La fréquence et l'importance des maux de tête ne seraient en effet pas modifiés par une autre activité (OAIE pce 221 p. 28). Sur le plan neurologique, l'expert retient qu'il n'y a en principe pas de limitations fonctionnelles en raison des maux de tête (OAIE pce 221 p. 30). A noter encore que les troubles visuels, pour lesquels une instruction complémentaire a été exigée par l'arrêt de renvoi du TAF C-3716/2013 du 24 mars 2015 (consid. 10 de l'arrêt), ont été suivis par un dermatologue consulté par la recourante, qui a diagnostiqué un eczéma atopique de la paupière inférieure, pour lequel un traitement a été ordonné. L'expert considère que cette affection n'entraîne pas de troubles visuels à proprement dits, ni d'incapacité de travail (OAIE pce 221 p. 25). Après avoir discuté les différentes plaintes exprimées par la recourante et abordé le statut rhumatologique, l'expert en rhumatologie FMH et en médecine interne FMH, le Dr C. \_\_\_\_\_, a notamment posé les diagnostics de troubles dégénératifs du rachis sous forme de discopathies cervicales, lombaires et uncarthrose en C6-C7. Cet expert a procédé à divers examens sur la personne de la recourante, notamment en position debout, assise et décubitus ventral, mais aussi des articulations périphériques, des épaules, des hanches et des genoux. A l'examen clinique, il note des douleurs à la mobilisation du rachis et des membres, surtout au niveau de la nuque, sans toutefois présenté de limitation franche de la mobilité et de trouble neurologique associé. La recourante présente quelques anomalies au niveau lombaire, de l'épaule gauche et de la cheville droite, qui sont toutefois peu importantes et communes chez une personne de 50 ans. Par ailleurs, il appert que les investigations cardiaques et gastro-entérologiques dont la recourante a fait l'objet, se sont révélées dans les limites de la norme et n'ont débouché sur aucun diagnostic (OAIE pce 221 p. 25). Enfin, l'expert a conclu que l'ensemble des pathologies retenues n'entraîne pas d'incapacité de travail durable (OAIE pce 221 pp. 24-25, p. 29) et que la recourante ne présente pas de limitations fonctionnelles (OAIE pce. 221 p. 30). Le Tribunal constate encore que l'expert en rhumatologie et en médecine interne s'est notamment basé sur des imageries médicales récentes suite à des

examens complémentaires réalisés le jour de l'expertise (OAIE pces 221 p. 23 et 223). Sur ce point, l'exigence particulièrement élevée à laquelle doit répondre une expertise médicale conduite dans le cadre d'une révision selon les dispositions finales est remplie. Au final, sur le plan somatique, les experts s'accordent pour dire que la capacité de travail de la recourante, qui ne présente aucune limitation fonctionnelle, est entière (OAIE pce 221 pp. 29, 31 et 32). Les experts évoquent une baisse de rendement de 20% en raison de l'absentéisme momentané lié aux crises migraineuses - seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail - qui peut toutefois disparaître avec un traitement antimigraineux amélioré (OAIE pce 221 p. 32).

#### **E. 8.2.2.2**

S'agissant des diagnostics somatiques, le Tribunal constate par conséquent que l'expertise pluridisciplinaire a pleine valeur probante.

#### **E. 8.2.3.1**

Dans le cadre du volet psychiatrique, le Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a retenu les diagnostics selon la classification CIM-10-GM de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de fibromyalgie - tous deux existant depuis 1997 - et une phobie de l'ascenseur (F40.2) existant de longue date. Le Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a également posé le diagnostic de fibromyalgie, selon lui aussi présent depuis 1997. Selon la classification CIM-10 retenue en l'occurrence, le syndrome douloureux somatoforme persistant est une douleur considérée comme psychogène. La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et de ses médecins (OFS : CIM-10-GM 2018, Index systématique, volume 1 [chapitre I-XI], pp. 199-200). En l'occurrence, le Dr D.\_\_\_\_\_ a noté que la recourante se plaint d'une symptomatologie dépressive réactionnelle au syndrome douloureux chronique et anxieuse. Il relève en effet que la recourante présente une tristesse liée aux douleurs, dont l'intensité fluctue selon les jours entre 6 et 10, 10 étant le maximum. La recourante ressent par ailleurs une fatigue au réveil en raison d'un sommeil non-réparateur et des difficultés hebdomadaires à l'endormissement. L'expert a transcrit que l'intensité de cette fatigue fluctue entre moyenne à forte. L'expert a également noté que la recourante pleure parfois en cachette, qu'elle est irritable et énervée avec les autres et qu'elle a peur que ses problèmes physiques empirent. Il a en outre relevé que la recourante ressent par moment des angoisses, qu'elle ne sait pas expliquer, mais la recourante se questionne de savoir s'il s'agit d'un symptôme de la ménopause. Selon la recourante, l'intensité des angoisses fluctue de moyenne à forte, sans jamais être maximale et de courte durée (OAIE pce 221 p. 27). A la lecture du rapport d'expertise, on constate en plus que l'expert psychiatrique a investigué chez la recourante divers symptômes, notamment de la lignée dépressive, hypomaniaque et manique, anxieuse, psychotique, de la personnalité et les habitudes de la recourante (OAIE pce 221 pp. 14-15). En somme, le Dr D.\_\_\_\_\_ a pris en considération les indicateurs de la catégorie « Degré de gravité fonctionnel » dans le complexe « Atteinte à la santé » avec les éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic, en arrivant à la conclusion qu'il n'y a aucun trouble de la personnalité, précisant que la symptomatologie dépressive est à mettre sur le compte du trouble somatoforme douloureux (OAIE pce 221 p. 28). A l'examen

clinique, l'expert constate en effet une recourante cernée, légèrement ralentie, démonstrative tant au niveau psychique que somatique, ne présentant aucun signe patent de troubles cognitifs. Il ajoute que le contenu de sa pensée est focalisé sur ses douleurs et sa fatigue qu'elle attribue à la fibromyalgie. Il note que l'humeur est légèrement dépressive, la recourante étant triste et pessimiste, mais il ne relève aucun signe des lignées anxieuse ou psychotique (OAIE pce 221 pp. 27-28). Au cours de l'expertise, la recourante a expliqué que son médecin de famille, qu'elle consulte une fois tous les trois mois, lui a prescrit de la Sertraline et du Cymbalta, qu'elle prendrait depuis deux ans (OAIE pce 221 p. 11 et 15). Une prise de sang, effectuée le jour de l'examen, a révélé de très faibles taux de ces deux molécules. L'expert émet toutefois un doute quant à l'observance thérapeutique s'agissant des molécules antidépressives, en raison du temps écoulé entre leur dernière prise et la prise de sang (OAIE pce 221 p. 27), celle-ci restant à être prouvée (OAIE pce 221 p. 29). Au demeurant, la recourante n'est pas suivie par un psychiatre et n'est pas demanderesse d'un tel traitement, même si l'expert préconise la mise en place d'une psychothérapie afin d'aider la recourante à gérer son syndrome somatoforme douloureux (OAIE pce 221 p. 28). Enfin, l'expert retient que la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle et que sa capacité de travail est entière dans toute activité sans diminution de rendement (OAIE pce 221 p. 29). Il sied encore de préciser que l'expert psychiatrique a tenu compte des différents diagnostics retenus par les autres spécialistes de l'expertise, en particulier du rhumatologue s'agissant de la fibromyalgie. Le Dr C. \_\_\_\_\_ relève effectivement que la recourante ressent toujours des douleurs du rachis et des membres de manière quotidienne. Les douleurs sont à la fois articulaires et musculaires, et leur localisation est variable. Il ajoute que l'anamnèse n'évoque pas la présence d'une arthropathie inflammatoire (OAIE pce 221 p. 24). A l'examen clinique, le Dr C. \_\_\_\_\_ a observé que la recourante présente 14 des 18 points algiques à la palpation qui sont typiques d'une fibromyalgie (OAIE pce 221 p. 21). Il note d'ailleurs que la recourante se contracte et proteste verbalement aux palpations, craignant que celles-ci aggravent ses douleurs (OAIE pce 221 p. 20). A l'examen des épaules notamment, il a exposé que la recourante n'est jamais relâchée, fait des contre-pulsions et proteste même avant de débiter les mouvements, ce qui a empêché le spécialiste de déceler une éventuelle tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Il explique que les palpations sont accompagnées de mouvements de retrait, de protestations et un sursaut (OAIE pce 221 p. 21). Il a en outre remarqué que les médecins qui ont régulièrement suivi la recourante n'ont pas posé d'autres diagnostics que celui de la fibromyalgie (OAIE pce 221 p. 25). Les experts ont ensuite abordé les indicateurs du complexe « Personnalité » en expliquant que la recourante ne présente aucun indice de traits de personnalité pathologique tant dans son histoire personnelle qu'à l'examen psychiatrique. Elle se révèle être d'ailleurs de caractère sociable, même si elle explique qu'avant de tomber malade de fibromyalgie, elle aimait faire rire son entourage, duquel elle est appréciée. Elle n'a par ailleurs jamais eu de problème relationnel ni dans sa vie professionnelle, ni dans sa vie privée (OAIE pce 221 p. 28). S'agissant de l'indicateur « Ressources », les experts ont retenu que les capacités de communication, relationnelles et d'autonomie de la recourante, qui peut compter sur le soutien de son entourage social, sont conservées (OAIE pce 221 p. 28). Ils jugent en effet que la recourante est autonome dans les activités quotidiennes. Malgré une formation scolaire et professionnelle faible, la recourante dispose d'une bonne capacité d'intégration personnelle et professionnelle (OAIE pce 221 p. 28). S'agissant du traitement, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 décembre 2017 a révélé que la recourante suit divers traitements médicamenteux et physiques (OAIE pce 221 pp. 15-16). Les experts expliquent

que la recourante est traitée dans l'ensemble lege artis. Sur le plan neurologique, ils préconisent l'introduction d'autres médications afin d'améliorer la réponse aux traitements des maux de tête (OAIE pce 221 p. 28). S'agissant de l'indicateur « Réadaptation », les experts s'accordent pour dire qu'il n'y a pas d'indication médicale pour une réadaptation (OAIE pce 221 p. 29). Quant aux indicateurs du complexe « Contexte social », en s'appuyant sur l'anamnèse, les experts ont mis en lumière que l'environnement social et familial de la recourante est bien conservé, celle-ci étant entourée par son époux, son fils, ses parents, ses soeurs et son frère. Ils constatent que la recourante rencontre quotidiennement sa famille et ses amis, et qu'elle se consacre à ses loisirs, tels que de longues promenades hebdomadaires. En termes d'activités ménagères, la recourante bénéficie de l'aide de sa famille avec laquelle elle partage ces tâches (OAIE pce 221 pp. 17-18). Les experts ont aussi tenu compte des indicateurs de la catégories « Cohérence » en expliquant qu'il n'y a pas de divergence quant aux diagnostics entre les différents médecins qui ont traité la recourante et ceux qui l'ont examinée lors d'expertises médicales, seule l'appréciation de l'incapacité de travail variant en raison des évolutions jurisprudentielles en matière de fibromyalgie. Ils remarquent aussi que la description des activités quotidienne est congruente aux plaintes. Ils ont aussi relevé qu'il existe au dossier certains éléments permettant de retenir des facteurs de majoration. La recourante s'est en effet montrée démonstrative tant au niveau psychique que physique, si bien qu'une majoration des symptômes physique a été observée par les experts somaticiens (OAIE pce 221 p. 29).

#### **E. 8.2.3.2**

Appréciée sous l'angle des critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015, les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire diligentée par l'OAIE - au demeurant bien motivées et cohérentes au regard du dossier médical - permettent de confirmer la persistance d'une fibromyalgie et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans impact notable sur les capacités de fonctionnement de la recourante. Les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle. La recourante présente dès lors une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de femme de chambre et dans une activité adaptée (OAIE pce 221 p. 30). En somme, ils constatent que les pronostics vital et fonctionnel sont excellents (OAIE pce 221 p. 32). Partant, aux dires des experts, la recourante n'est pas affectée dans sa vie quotidienne par les troubles en question de manière à ne pas pouvoir exercer à nouveau une activité à plein temps.

#### **E. 8.3**

Les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 décembre 2017 sont confirmées par les médecins du service médical interne de l'OAIE qui relèvent que la documentation fournie après l'expertise pluridisciplinaire du 4 décembre 2017 ne mentionne aucun nouveau diagnostic et dès lors, ils ne préconisent pas de complément à l'expertise (OAIE pces 230, 232 et 244).

#### **E. 8.4**

S'agissant des rapports des médecins traitants de la recourante (OAIE pces 216, 217, 239 et 240), il convient de relever que ceux-ci ne contredisent pas en tout point les conclusions retenues dans le rapport d'expertise du 4 décembre 2017. Le Tribunal se doit notamment de remarquer que ceux-ci sont sommairement motivés, ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante, ni ses limitations fonctionnelles, et ne tiennent pas compte de la législation suisse et des réquisits jurisprudentiels. De la sorte, ces rapports ne peuvent pas se

voir accorder pleine valeur probante et ne sauraient remettre en cause le bien-fondé des conclusions retenues dans le rapport d'expertise du 4 décembre 2017. Pour le surplus, dans ses écritures, la recourante invoque un état de santé inchangé, voire dégradé, sans toutefois en apporter la preuve suffisante et cela tant au niveau de l'instruction devant l'autorité inférieure que dans la présente procédure. En effet, la recourante n'a produit aucun document médical pertinent permettant d'appuyer ses dires. Tout au long de l'expertise pluridisciplinaire, la recourante a par ailleurs évoqué des troubles du sommeil en investigation auprès d'une Unité du sommeil au Portugal (OAIE pce 221 pp. 11, 13, 16, 19, 24, 26 et 32). Le Tribunal relève toutefois que la recourante n'a produit aucun rapport médical de spécialiste dans ce sens antérieur ou postérieur à l'expertise et qu'il n'y a dès lors pas d'élément pouvant fonder un doute à ce sujet. En effet, le fait que la recourante se présente à l'expertise cernée et ralentie ne saurait à lui seul fonder un tel doute, la recourante s'étant comportée lors de l'expertise de manière démonstrative avec une tendance à la majoration tant sur le plan psychiatrique que somatique. L'on ne saurait dès lors considérer ces troubles comme vraisemblables. Partant, le grief de la recourante relatif au maintien, voire à l'aggravation de son état de santé doit être rejeté.

#### **E. 8.5**

Il en va de même du grief selon lequel ses chances de succès de réintégrer le marché du travail seraient nulles. Les spécialistes de divers domaines médicaux ont reconnu que la recourante présente une capacité de travail entière et aucune limitation fonctionnelle l'empêchant d'exercer toute activité lucrative. Dès lors, malgré une faible formation et l'âge de la recourante, cela ouvre en effet la voie à un large champs d'activités sur un marché du travail équilibré. Ce grief, infondé, doit aussi être rejeté.

#### **E. 8.6**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate, à l'instar de l'OAIE et de son service médical interne, que le rapport d'expertise du 4 décembre 2017 est en tout point conforme aux réquisits jurisprudentiels et doit, partant, se voir attribuer pleine valeur probante. Comme décrit ci-dessus, les conclusions des experts sont en effet très convaincantes et détaillées, posées suite à des observations et investigations approfondies. Ils ont par ailleurs bien expliqué les raisons pour lesquelles ils renaient les diagnostics posés et écartés d'autres diagnostics. Leurs appréciations ne contiennent pas de contradiction. Il n'existe aucun motif permettant de douter de leur bien-fondé et de s'en écarter. Partant, la décision rendue par l'OAIE le 10 janvier 2019, supprimant la demi-rente d'invalidité de la recourante, peut être confirmée sur le plan médical.

#### **E. 9**

Il sied enfin d'examiner le droit de la recourante à des mesures de nouvelle réadaptation.

##### **E. 9.1**

Selon les alinéas 2 et 3 de la let. a des dispositions finales précitées, l'assuré a droit, en cas de réduction ou de suppression de sa rente, à des mesures de nouvelles 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 de la suppression ou de la réduction de la rente. Le but de ces mesures est de faciliter le retour à la vie active de la personne touchée par la suppression ou la diminution de rente (cf. Message du Conseil fédéral du 24 février 2010 [publié in : FF 2010 1736 s.]).

## E. 9.2

Le renvoi à l'art. 8a LAI opéré par les al. 2 et 3 de la let. a aux dispositions finales de la 6ème révision de la LAI ne fonde pas un droit autonome pour le recourant à bénéficier des mesures de nouvelle réadaptation (cf. arrêt du TF 9C\_92/2016 du 29 juin 2016, consid. 5.1). En effet, l'application des mesures de nouvelle réadaptation décrites aux al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI implique que le recourant réalise les conditions liées à l'octroi de ces mesures. Parmi les conditions d'application de l'art. 8a LAI figure la condition dite "d'assurance" soit l'obligation pour la personne en question d'être assuré à la LAI au moment de l'examen du droit aux dites mesures (art. 1b LAI ; voir également ATF 132 V 244, consid. 4 et arrêt du TF 9C\_760/2018 du 17 juillet 2019 consid. 4 ss). Selon l'art. 11 al. 3 lit. a du règlement (CE) n°883/2004, sous réserves des art. 12 à 16 non réalisés en l'espèce, la personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un Etat membre est soumise à la législation de cet Etat membre. L'art. 11 al. 3 lit. e du règlement (CE) n°883/2004 précise, quant à lui, que les personnes autres que celles visées aux let. a à d de cette même disposition (soit notamment les personnes n'exerçant aucune activité lucrative, voir à ce sujet BETTINA KAHIL-WOLFF, La coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociales in : Ulrich Meyer (édit.), Soziale Sicherheit, Band XIV, 3ème éd, Bâle 2016, p. 213, N 57 et les références citées) sont soumises à la législation de l'Etat membre de résidence. Le droit applicable désigné en application de ces dispositions est exclusif en ce sens qu'une personne ne peut être soumise qu'à la législation d'un seul Etat membre (art. 11 al. 1 du règlement (CE) n°883/2004). Cela étant, les dispositions précitées ne font, en principe, que désigner le droit applicable à une situation en particulier. De cette manière, la législation nationale reste libre de décider de la conception du système de sécurité sociale et notamment de ses conditions d'application (art. 8 ALCP ; arrêt de la Cour de Justice des Communautés Européennes, du 3 mai 2001, C-347/98, Rec. P. I 3327, point 31 ; ATF 130 V 257, consid. 2.4 BETTINA KAHIL-WOLFF, op.cit., p. 212, N 54 et les références citées). Dans ce contexte, on soulignera encore qu'à teneur de l'art. 1b LAI en corrélation avec les art. 1a et 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), un assuré n'est plus soumis à la législation suisse sur l'assurance-invalidité dès lors qu'il a cessé son activité professionnelle en Suisse et n'y réside pas (voir cependant le point 8 de la let. 0 du par. 1 de la Section A de l'Annexe II de l'ALCP sur la continuation de l'assurance durant un an à compter du jour de l'interruption du travail). Comme l'a déjà souligné le Tribunal fédéral, le fait d'exclure les personnes qui ne sont pas domiciliées en Suisse et n'y exercent pas d'activité lucrative, et dont la rente d'invalidité a été supprimée en vertu de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI, du droit à des mesures de nouvelle réadaptation ainsi que du droit accessoire au maintien de la rente pendant la durée de mise en oeuvre de celles-ci, faute d'assujettissement à l'assurance, est compatible avec le droit communautaire, en particulier avec l'interdiction de discrimination (arrêt du TF 9C\_760/2018 du 17 juillet 2019 consid. 6.3). En effet, le Tribunal fédéral considère notamment que la mise en oeuvre de mesures de réintégration à l'étranger serait souvent difficile, voire impossible, raison pour laquelle celles-ci ne sont accordées à l'étranger uniquement dans des cas exceptionnels, non remplies en l'occurrence. Il n'est par ailleurs ni judicieux, ni avantageux de réintégrer des personnes à l'étranger sur le marché du travail suisse, dont elles sont depuis longtemps aliénées, après avoir touchées une rente pendant une longue période. Dans ce cadre, les mesures en question ne sont généralement efficaces et opportunes que dans le pays de résidence (arrêt du TF 9C\_760/2018 du 17 juillet 2019 consid. 6.3.3). S'agissant plus particulièrement de la

section A ch. 1 lit. i n°8 Annexe II ALCP, respectivement du ch. 8 Annexe XI du règlement n° 883/2004, le Tribunal fédéral rappelle que cette disposition prévoit une prolongation de la couverture d'assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation jusqu'au paiement d'une rente d'invalidité ainsi que durant la période pendant laquelle la personne bénéficie de ces mesures, à conditions qu'elle n'ait pas repris une nouvelle activité hors de Suisse. Une telle constellation n'existe pas en l'occurrence, où des mesures de réadaptation interviennent suite à la suppression d'une rente d'invalidité (arrêt du TF 9C\_760/2018 du 17 juillet 2019 consid. 6.3.6).

### **E. 9.3**

De plus, il appartient à la personne assurée d'entreprendre elle-même tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit d'une amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même cf. art. 7 al. 1 LAI). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Ainsi, la personne assurée n'a pas droit à une rente lorsqu'elle serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'une personne assurée doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du TF 9C\_621/2017 du 11 janvier 2018 consid. 2.2.1 et les réf. cit., et 9C\_924/2011 du 3 juillet 2012 consid. 5.2.1 et les réf. cit.). Dans certains cas très particuliers, notamment lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était en principe pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsque il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêts 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid.4.2.2 et les références citées; 8C\_90/2015 du 23 juillet 2015 consid. 4, 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1). Le Tribunal fédéral a précisé que cette pratique ne s'appliquait dans la règle qu'aux assurés ayant atteint l'âge de 55 ans ou qui ont été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis plus de 15 ans (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_90/2015 du 23 juillet 2015 consid. 4, 9C\_228/2010 du 16 avril 2011 consid. 3.3 ss; voir aussi ATF 139 V 442 consid. 3 s.) A noter encore que le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est

destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (arrêts du TF 9C\_474/2013 du 20 février 2014 consid. 6.3; I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 et les références).

#### **E. 9.4**

Enfin, dans un arrêt 8C\_773/2014 du 6 mars 2014, le Tribunal fédéral a examiné la question de savoir si l'Office AI devait procéder systématiquement à une pesée des intérêts en jeu afin de pouvoir décider si une réduction ou suppression de la rente d'invalidité répondait dans un cas concret au principe de la proportionnalité (consid. 4 de l'arrêt). Dans ce cadre, le Tribunal fédéral a précisé que même en présence des éléments médicaux exigés par les dispositions finales de la 6ème révision de la LAI, l'Office AI n'a pas le droit de réduire ou de supprimer inconditionnellement les rentes en cours. Afin d'éviter un cas de rigueur, la let. a al. 2 et 3 des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI prévoient que la personne assurée a droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI durant lesquelles la rente continue à être versée pendant 2 ans au plus. La personne assurée doit être informée des mesures envisagées lors d'un entretien personnel afin que les mesures de nouvelle réadaptation envisageables soient présentées à l'assuré et planifiées avec lui (arrêt du TF 8C\_583/2014 du 12 décembre 2014, consid. 4.2). Ce n'est qu'après avoir tenté une (ré)intégration dans le circuit économique que l'Office AI sera en mesure de statuer définitivement si l'on peut exiger de la personne assurée qu'elle regagne le monde professionnel, tenant compte de tous les éléments subjectifs et objectifs. Lors de l'évaluation des chances de succès d'une réadaptation professionnelle, l'Office AI doit en particulier prendre en considération l'âge de la personne assurée ainsi que la durée de son incapacité de gain. De cette façon, tenant compte de chaque situation individuelle et procédant à une pesée des intérêts en jeu, il peut être déterminé si une réduction ou une suppression de la rente respecte dans le cas concret le principe de la proportionnalité (arrêt du TF 8C\_583/2014 du 12 décembre 2014, consid. 4.3.2 ; ATF 139 V 547, consid. 9.3 et 135 V 201, consid. 7.2.2).

#### **E. 9.5**

En l'occurrence, comme exigé par l'arrêt de renvoi du TAF C-3716/2013 du 24 mars 2015 (consid. 10 de l'arrêt), l'OAIE a examiné et s'est prononcé sur le droit de la recourante à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI applicable par renvoi des al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI. L'OAIE a notamment retenu que la recourante n'est plus soumise aux assurances sociales suisses et qu'elle a de surcroît renoncé à la mise en oeuvre desdites mesures. Il ressort en effet de l'instruction de la cause que la recourante a cessé son activité professionnelle en Suisse depuis 1997 (OAIE pces 1 et 5). Par ailleurs, il est établi que la recourante, qui n'exerce depuis lors plus d'activité lucrative, a définitivement quitté la Suisse en 1999 pour s'établir dans son pays d'origine, le Portugal (OAIE pce 15 p. 2). Partant la recourante est, en principe, soumise à la législation de l'Etat membre de l'Union européenne dans lequel elle réside, soit en l'occurrence à la législation portugaise. Dès lors, la recourante n'est, au moins depuis 1999, plus assurée au régime de la sécurité sociale suisse et en particulier à la LAI. De surcroît, la recourante a écarté de son plein gré la mise en oeuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel, les jugeant d'emblée inutiles (OAIE pce 248). L'absence d'une aptitude subjective de la recourante à la réadaptation s'est également manifestée au cours de l'instruction diligentée par l'autorité inférieure, la recourante ayant à plusieurs reprises fait

part de sa conviction de ne plus pouvoir travailler (not. OAIE pce 221 p. 11). Partant, elle ne peut bénéficier des mesures décrites à l'art. 8a LAI applicables par renvoi des al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI. En outre, la recourante, qui a certes bénéficié d'une demi-rente d'invalidité depuis plusieurs années, est à même de se « réadapter par elle-même », dès lors qu'elle ne présente aucune incapacité de travail, ni perte de gain. En effet, elle a exercé plusieurs métiers différents (notamment femme de chambre, serveuse, secrétaire) qu'il lui est possible de reprendre. Les experts du Centre B. \_\_\_\_\_ ont par ailleurs conclu qu'une réadaptation n'était pas nécessaire pour permettre à la recourante de reprendre une activité.

### **E. 9.6**

Il convient finalement d'examiner si l'autorité inférieure a, dans la décision attaquée, procédé à la pesée des intérêts en jeu afin de décider si la suppression de la rente répond dans le cas concret au principe de proportionnalité, comme l'exige l'arrêt de renvoi du TAF C-3716/2013 du 24 mars 2015 (consid. 10 de l'arrêt).

#### **E. 9.6.1**

La décision attaquée précise en substance à ce sujet que le pronostic des experts est positif s'agissant de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, seule une adaptation du traitement médical étant nécessaire pour améliorer le rendement de la recourante résultant de l'absentéisme dû aux migraines. L'OAIE a remarqué en outre que la recourante n'a jamais fait preuve de motivation pour rétablir et mener une vie professionnelle, et qu'elle a de surcroît renoncé aux mesures de nouvelle réadaptation proposées (OAIE pce 251 p. 4 et pce 248). Ainsi, l'autorité a conclu que la suppression de la rente d'invalidité respectait le principe de proportionnalité.

#### **E. 9.6.2**

La recourante soutient, quant à elle, ne pas être capable de travailler plus de deux heures consécutives, être âgée de plus de 55 ans et résider au Portugal depuis 19 ans, raisons pour lesquelles lesdites mesures ne lui semblaient pas indiquées. Elle allègue en outre que ses chances de succès d'intégrer le marché du travail sont nulles. De surcroît, elle a renoncé à l'entretien proposé avec un spécialiste en réadaptation. (OAIE pce 248).

#### **E. 9.6.3**

Il convient désormais de mettre en balance ces intérêts. Ainsi, du côté de la recourante, le Tribunal de céans remarque que celle-ci est à présent âgée de 57 ans et qu'elle ne présente plus ni d'incapacité de travail, ni de gain. Du côté des assurances sociales, la suppression de la demi-rente d'invalidité touchée par la recourante poursuit des objectifs relevant de la légalité (le respect des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI [premier volet]), de l'égalité de traitement (voir consid. 4.2 supra) et de la nouvelle réadaptation ainsi que de la reprise d'une activité professionnelle plutôt que la perception d'une rente. En mettant ces intérêts en balance, on doit admettre en l'espèce que l'âge de la recourante, bien qu'avancé pour le monde du travail, ne l'empêchera pas en soi de retrouver un emploi. Sa capacité de travail est selon les experts totale dans son activité principale et dans une activité adaptée, ne présentant pas de limitations fonctionnelles. Un tel taux d'activité est usuel et recherché sur le marché du travail. Dans une telle situation, les intérêts à la correcte application du droit et à l'égalité de traitement doivent l'emporter dans le cas d'espèce. Une reprise d'une activité professionnelle présente ainsi un avantage à sa réintégration dans le tissu social et la libérera de son lien de dépendance avec les institutions étatiques, alors que la perception

d'une rente n'améliore sa situation que sur le plan financier (voir ATF 139 V 547 consid. 9.3 en lien avec les mesures de nouvelle réadaptation). Dans le cas d'espèce, la suppression décidée de la demi-rente de la recourante respecte le principe de la proportionnalité. Par surabondance, le Tribunal relève que le fait de renoncer systématiquement à une suppression dans de tels cas viderait de sens l'objectif poursuivi par les dispositions finales de la 6ème révision de l'AI (premier volet) qui ne trouveraient alors jamais application.

#### **E. 10**

En conséquence, c'est à bon droit que l'OAIE a supprimé, à partir du 30 juin 2013, la demi-rente d'invalidité perçue par la recourante et confirmé au surplus que cette dernière n'a pas droit à des mesures de nouvelle réadaptation. Partant, le recours est rejeté et la décision attaquée du 10 janvier 2019 confirmée.

#### **E. 11**

La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI), fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 800.-, prélevés en l'occurrence sur l'avance de frais versée en cause par la recourante le 25 août 2020 (TAF pces 17 et 20). En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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