

200.2013.355.AI

BOA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 7 mai 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
D. Baldin et M. Moeckli, juges
A.-F. Boillat, greffière



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 28 mars 2013

En fait:

A.

A._____, née en 1969, séparée depuis 2011, a suivi sa scolarité et une formation de couturière en C._____. Elle a travaillé dans ce pays dans ce domaine d'activité, de même qu'en tant que vendeuse en confection, puis, dès 1994, en Suisse, principalement en tant que serveuse. Dès le 11 juin 2001, elle a été déclarée en incapacité de travail totale. Son dernier contrat de travail a été résilié pour le 31 décembre 2001.

Le 3 septembre 2002, elle a sollicité une rente auprès de l'assurance-invalidité (AI), en indiquant souffrir de troubles cardiaques et psychiques. Par décision du 24 août 2004, l'Office AI Berne (ci-après: l'Office AI ou l'intimé), sur la base d'un degré d'invalidité de 65%, lui a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2002 (trois-quarts de rente à partir du 1^{er} janvier 2004 en raison de l'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision AI). En juin 2007, l'Office AI a engagé une procédure de révision de rente à l'égard de l'intéressée, au terme de laquelle il est arrivé à la conclusion que l'état de santé de l'assurée n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

B.

L'Office AI a initié une nouvelle procédure de révision de rente en septembre 2010. En complétant le questionnaire correspondant, l'assurée a mentionné que son état de santé s'était aggravé depuis 2009 en raison de nouvelles pathologies diagnostiquées et d'une baisse de l'état général. L'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès du généraliste traitant de l'assurée et des spécialistes en rhumatologie, immunologie clinique et allergologie de l'hôpital D._____. Suivant en cela les recommandations du médecin de son service médical régional (SMR), qui a examiné l'assurée en juillet 2011, l'Office AI a sollicité l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans psychiatrique et rhumatologique. Les experts ont rendu chacun leur rapport et l'appréciation interdisciplinaire les 31 janvier et 3 février 2012.

Sur la base du rapport du SMR du 6 septembre 2012 (lequel corrobore les conclusions des experts en matière de capacité de travail), l'Office AI, dans un préavis du 13 février 2013, a informé l'assurée qu'en raison d'un degré d'invalidité de 7%, il envisageait de supprimer la rente AI de cette dernière avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la date de la décision et de retirer l'effet suspensif à un éventuel recours. En dépit des objections formulées par l'assurée, représentée en procédure, l'Office AI a confirmé, le 28 mars 2013, la teneur de la décision précitée.

C.

Par acte daté du 2 mai 2013, l'assurée, toujours représentée en procédure, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a retenu les conclusions suivantes:

- "
1. Annuler la décision du 28 mars 2013 de l'Office AI du canton de Berne supprimant toute prestation en faveur de la recourante et déterminant son degré d'invalidité de la recourante à 7%;
 2. Constaté que le degré d'invalidité de la recourante n'a pas évolué depuis 2002 et lui reconnaître ainsi son droit à trois-quarts de rente;
 3. Eventuellement, renvoyer le dossier à l'Office AI du canton de Berne pour une nouvelle décision;
 4. Sous suite des frais et dépens.
- "

Dans son mémoire de réponse du 17 juin 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 4 et 30 juillet 2013, maintenant, en substance, leurs précédents allégués. Le mandataire de la recourante a envoyé sa note d'honoraires le 21 août 2013.

Le 6 novembre 2013, la recourante a encore fait parvenir au TA trois documents médicaux qui ont été communiqués à l'intimé.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 28 mars 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime les trois quarts de rente d'invalidité perçue par la recourante. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et le maintien, pour l'assurée, de son droit à trois quarts de rente d'invalidité, ou, éventuellement, le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par la recourante la fiabilité des sources médicales (principalement l'expertise pluridisciplinaire) sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour admettre une amélioration de l'état de santé.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants (TSD; auxquels la fibromyalgie est assimilée: ATF 137 V 64 c. 4.2), suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de TSD ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les TSD ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus du travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3). Cette pratique judiciaire, qui s'applique de façon égale à l'ensemble des assurés, n'est pas contraire aux droits humains, ni discriminatoire (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2) et – du point de vue de la nature juridique des critères – ne se fonde pas sur des hypothèses de science médicale insoutenables (TF 9C_776/2010 du 20 décembre 2011 c. 2.3 - 2.5).

2.3 Certes, en présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Ce n'est que si et dans la mesure où ils entretiennent une maladie psychique devenue autonome ou aggravent ses conséquences - survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité - que les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent influencer indirectement l'invalidité (SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). Par ce biais, l'on tient dès lors compte des possibles interactions entre les troubles qui se manifestent sur les plans physique et psychique et l'environnement social, même si cela doit être compris de manière nettement moins étendue que dans le modèle bio-psychosocial constituant une conception souvent défendue par la médecine moderne (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2).

2.4

2.4.1 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente (ATF 134 V 131 c. 3). La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; VSI 1997 p. 298 c. 2b).

2.4.2 Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4).

2.4.3 Pour les assurés qui ne se sont ni fait attribuer irrégulièrement la prestation ni n'ont manqué à leur obligation de renseigner, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88^{bis} al. 2 let. a et b du règlement fédéral sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

2.5

2.5.1 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

2.5.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision de suppression de rente d'invalidité du 28 mars 2013, l'intimé a considéré que l'assurée était en mesure d'exercer, à plein temps, son ancienne activité lucrative (ou une autre activité lucrative adaptée). Pour motiver l'amélioration du degré d'invalidité retenu, l'Office AI s'est fondé sur le rapport d'expertise de janvier/février 2012 et sur l'avis du SMR du 17 septembre 2012, en ne prenant toutefois même pas en compte les 10% de réduction de la capacité de travail résultant de l'estimation bidisciplinaire des experts.

3.2 La recourante, quant à elle, conclut au maintien de son droit à trois quarts de rente d'invalidité. Elle conteste la valeur probante du rapport d'expertise sur lequel l'intimé s'est principalement fondé pour conclure qu'elle dispose d'une pleine capacité de travail dans son ancienne activité de serveuse (ou toute autre activité),

en invoquant non seulement un manque d'indépendance des experts mandatés par l'AI, mais aussi que l'intimé n'a pas pris suffisamment en considération l'intégralité des pièces médicales versées au dossier (en particulier les rapports de ses cardiologue et médecin généraliste traitants). Sur le plan cardiaque, elle relève que la situation n'a connu aucune amélioration depuis 2004: le caractère (indirectement) invalidant de ces troubles perdurerait aujourd'hui encore. De plus, le recourante fait valoir qu'elle souffre de nouvelles pathologies, lesquelles étaient encore inexistantes en 2004 (notamment de problèmes neurologiques générant des céphalées et vertiges et d'une hernie discale). D'un point de vue psychique, selon elle, si l'existence de TSD devait être admise, contrairement à l'avis des experts, ceux-ci ont un caractère invalidant.

4.

En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision initiale d'octroi de la rente AI en date du 24 août 2004 (dossier [dos.] AI 27/2) et la décision litigieuse du 28 mars 2013. L'état de fait à la date de la décision contestée doit être comparé avec celui ayant prévalu lors de la dernière fixation de la rente fondée sur un examen complet de l'état de santé de la recourante (voir ci-dessus c. 2.4.2). En l'espèce, il s'agit donc de comparer l'état de santé et la capacité de gain de l'assurée en date du 28 mars 2013, avec ceux qui étaient les siens le 24 août 2004, à la date de la première décision d'octroi d'une rente AI - la procédure de révision close par la communication du 9 septembre 2007 (voir art. 74^{ter} let. f RAI; SVR 2010 IV n° 4 c. 3.1) n'ayant pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé de l'intéressée.

4.1 La décision du 24 août 2004 se fondait sur l'expertise réalisée par un COMAI (centre d'observation médicale de l'AI; à savoir celui de l'hôpital D. _____), datée du 26 janvier 2004. Les experts avaient relevé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: des extrasystoles ventriculaires et symptomatiques, de la tachycardie paroxystique originaire de l'oreillette gauche et des troubles de l'adaptation, peur et réaction dépressive mélangés. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné un lupus

érythémateux cutané, diagnostiqué en août 2003, lequel générait chez l'assuré (et avant traitement) fatigue et arthralgies. Sous l'angle cardiaque, les somaticiens ont précisé que les troubles du rythme de l'assurée étaient certes symptomatiques mais bénins, ajoutant que le pronostic était normal en ce qui concerne la longévité. Niant implicitement le caractère (directement) invalidant des troubles cardiaques de la recourante, ils ont toutefois considéré que la capacité de travail de celle-ci était limitée par les effets secondaires provoqués par les extrasystoles et la tachycardie, qui favorisent, chez l'assurée, l'apparition de phobies et un état dépressif, générant un trouble de l'adaptation (F43.22), lui, invalidant (dos. AI 21/8). L'expert en psychiatrie avait estimé que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif grave correspondant à un "major depressive episode" (dos. AI 21/15). Sous l'angle interdisciplinaire, l'expertise du COMAI a conclu que l'assurée était en mesure de travailler, dans une activité adaptée (pas de port de charges au-delà de 10 kilos et lui permettant d'aménager des pauses), à raison de quatre à cinq heures par jour moyennant une perte de rendement de 70%.

4.2 Entre le 24 août 2004 et le 9 septembre 2013, les avis médicaux et rapports suivants ont notamment été rédigés.

4.2.1 Dans un (très bref) rapport intermédiaire daté du 16 juillet 2007, la généraliste traitante de l'assurée a attesté que la capacité de travail de la recourante ne s'était pas améliorée depuis son dernier rapport du 22 octobre 2002 (incapacité totale de travail depuis le 11 juin 2001). En revanche, contrairement à son rapport 2002 dans lequel elle reconnaissait une capacité d'en tout cas 50% d'effectuer des travaux physiquement non-astreignants, elle a nié tout espoir d'amélioration de la capacité de gain dans une quelconque activité. Elle a confirmé les diagnostics retenus alors par les experts en 2004 (lupus érythémateux, extrasystole et tachycardie, troubles de l'adaptation), tout en précisant qu'une aggravation était survenue au niveau du lupus érythémateux et de la pathologie cardiaque. Elle a encore relevé chez l'assurée un syndrome cervico-brachial à gauche (dos. AI 35/3 et 4).

4.2.2 Le 24 juillet 2007, les médecins des Services psychiatriques E. _____ ont relié la fragilité physique de la recourante à la nouvelle pathologie de lupus érythémateux diagnostiquée en septembre 2003. Considérant que l'assurée souffre de dysthymie depuis 2005, ils ont évalué sa capacité de travail sous l'angle psychique à hauteur de 60 à 80%, tout en précisant que, vu la comorbidité

multiple, ni l'ancienne ni une nouvelle activité lucrative n'était plus exigible (dos. AI 36/3).

4.2.3 Au dossier figurent également des rapports médicaux rédigés par les spécialistes en rhumatologie, en immunologie clinique et en allergologie de l'hôpital D. _____, qui ont suivi régulièrement l'assurée depuis 2003 (dos. AI 40/5 à 13). Ainsi, après avoir examiné la recourante, le 4 juin 2007, le rhumatologue, dans son rapport adressé à l'AI, n'a retenu aucune pathologie ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Constatant que le lupus érythémateux ne nécessitait, pour l'heure, aucun traitement et que le syndrome cervico-brachial était en amélioration (tout en restant prudent pour l'avenir), il a relevé qu'il n'existait, pour la recourante et d'un point de vue rhumatologique, aucune limitation d'ordre physique, que ce soit dans l'exercice de son ancienne activité lucrative ou dans l'accomplissement de ses tâches ménagères (dos. AI 40/2).

4.2.4 En août 2007, le cardiologue traitant de l'assurée, attestant d'un état stationnaire au niveau de la symptomatique cardiaque (contrôle échographique cardiaque normal avec une bonne fonction ventriculaire) a mentionné qu'il n'existait, chez la recourante, aucune limitation fonctionnelle dans l'exercice d'une activité professionnelle. Il a relevé toutefois que les palpitations ressenties par l'assurée avaient une répercussion sur l'état psychique de celle-ci (anxiété) et qu'il voyait, dès lors, une limitation psychique dans l'évaluation de la capacité de travail de cette dernière (dos. AI 37/2).

4.2.5 Entre le 18 septembre 2009 et le 23 août 2010, l'assurée a à nouveau (c. 4.2.3) été examinée à plusieurs reprises par les spécialistes de l'hôpital D. _____ (dos. AI 51/5 à 19).

Ceux-ci ont notamment diagnostiqué, en septembre 2009 et en relation avec le lupus érythémateux dont la recourante est atteinte, des polyarthralgies, une lymphopénie et le syndrome de l'œil sec, de même qu'un syndrome lombaire douloureux (dos. AI 51/16). Un traitement médicamenteux ayant été prescrit, les cliniciens ont relevé, le 28 décembre 2009, que la recourante était restée sans douleurs jusqu'à mi-décembre 2009 (dos. AI 51/15). En mars 2010, les plaintes de l'assurée ayant été qualifiées de sans substrat somatique (un examen complet de la colonne vertébrale [qualifiée de normal] ayant été pratiqué), les médecins spécialisés en médecine psychosomatique ont diagnostiqué un syndrome

douloureux chronique (de type fibromyalgie secondaire) mis en relation avec des facteurs psychosociaux (dos. AI 51/12). En raison de la recrudescence des douleurs dorsales ressenties par l'assurée, irradiant jusque dans les membres, celle-ci a effectué un séjour en clinique du 25 avril au 19 mai 2010 (dos. AI 52/58), au terme duquel ses troubles douloureux ont diminué. Le médecin spécialiste en médecine psychosomatique a qualifié la symptomatique douloureuse chez l'assurée d'extrêmement changeante (*wechselndes Beschwerdebild*): cette dernière a ressenti, au début de son séjour, des troubles dorsaux, auxquels sont venus s'ajouter des sensations de vertiges ou des troubles de la vue (dos. AI 52/59). Il relève aussi que deux semaines avant son séjour en clinique, la recourante avait été hospitalisée en urgence, en raison de maux de dos et de ventre. Du fait des réticences émises par l'assurée, le spécialiste consulté avait mentionné qu'il n'avait pas été possible de travailler de manière plus approfondie sur l'origine (qu'il considère) psychique des douleurs ressenties par l'assurée. Tout en constatant, en juin 2010, que cette dernière allait mieux, mais face toutefois aux (nouvelles) plaintes formulées, les médecins de l'hôpital D._____ ont jugé nécessaire de retracer l'anamnèse de la recourante en relation avec sa situation psychosociale (dos. AI 51/9). Ils ont constaté, le 23 août 2010, qu'en dépit de tous les examens approfondis pratiqués, les douleurs de l'assurée ne pouvaient être expliquées d'un point de vue somatique (dos. AI 51/6).

4.2.6 Les nombreux examens spécialisés (imagerie panoramique dentaire, radiographie des sinus, biopsie gastrique, endoscopie oeso-gastro-duodénale, examen scanographique cérébral, examens scanographiques thoraciques, en hématologie, en cytologie pathologique et abdominal) pratiqués dans un centre hospitalier français entre août et octobre 2010 n'ont attesté aucune nouvelle pathologie (dos. AI 52/28 à 51).

4.2.7 Le 6 décembre 2010, la généraliste traitante de la recourante, dans son rapport adressé à l'Office AI, a fait état de restrictions d'ordre physique, en raison des troubles douloureux ressentis par l'assurée et d'ordre psychique également. Elle considère que l'assurée est dans l'incapacité totale de travailler quelle que soit l'activité envisagée (dos. AI 46/2). Confirmant les pathologies relevées jusqu'ici, elle a arrêté encore le (nouveau) diagnostic d'endométriose et constaté aussi un reflux gastro-œsophagien.

4.2.8 Le bilan cardiaque effectué par le cardiologue traitant de l'assurée, le 17 décembre 2010, a mis en évidence des bruits cardiaques bien frappés, sans bruit ni souffle. Ce spécialiste, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, a nié l'existence d'une quelconque insuffisance cardiaque, mais a toutefois relevé la présence de fréquentes extrasystoles (dos. AI 52/26).

4.2.9 Dans leur rapport de juillet 2011 adressé à l'Office AI, les spécialistes en rhumatologie, en immunologie clinique et allergologie de l'hôpital D. _____ ont attesté que l'assurée n'avait aucune limitation dans l'exercice d'une (quelconque) activité lucrative, que ce soit sur le plan rhumatologique, psychique ou encore intellectuel (dos. AI 51/2). En raison toutefois des vertiges éprouvés et d'un sentiment d'instabilité sur les jambes, ils ont préconisé des examens complémentaires sous l'angle neurologique (dos. AI 51/3 ch. 1.10) au terme desquels, les spécialistes en neurologie et neurochirurgie du même hôpital, après avoir examiné l'intéressée le 23 novembre 2012, ont exclu toute déficience neurologique cérébrale (dos. AI 68/9).

4.2.10 Dans son rapport du 31 janvier 2013, l'expert psychiatre, après avoir examiné l'assurée, a arrêté, en relation avec son domaine de spécialisation, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de dysthymie (F34.1). Il a retenu cette dernière pathologie, considérant que le trouble dépressif (ou trouble de comportement) attesté par les experts en 2004 avait fait place à une forme plus douce de fragilité psychique. Constatant que les douleurs de l'assurée n'étaient pas explicables d'un point de vue somatique, mais bien sous l'angle psychosomatique uniquement, il a arrêté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Excluant toute comorbidité psychiatrique importante, il est arrivé à la conclusion que les critères posés par la jurisprudence n'étaient pas réunis pour retenir que les troubles douloureux ressentis par l'assurée n'étaient pas surmontables par un effort de volonté, niant par conséquent le caractère invalidant du TSD. Il a toutefois retenu, en raison d'une comorbidité psychique modérée, une limitation de la capacité de travail de la recourante à hauteur de 10% au maximum. Selon le rapport du 3 février 2012 de l'expert en rhumatologie, d'un point de vue somatique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie à caractère invalidant. Il relie ses douleurs à des facteurs psychosomatiques, celles-ci ne pouvant pas être reliées à un substrat organique. Il n'a retenu aucune limitation d'un point de vue somatique, estimant que la

recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans son ancienne activité (dos. AI 59.1/24). Sous l'angle rhumatologique, il a émis un pronostic favorable (dos. AI 59.1/23).

D'un point de vue interdisciplinaire, les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée à hauteur de 90% au minimum, une pleine capacité de travail ne pouvant être retenue en raison de la problématique psychique.

4.2.11 L'assurée a séjourné dans une clinique du 9 juillet au 7 septembre 2013 en raison de céphalées et de douleurs dorsales persistantes. Dans leur rapport du 9 septembre 2013, les médecins, spécialistes en médecine interne et pneumologie, sans se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, ont confirmé les diagnostics retenus jusqu'alors, tant sur le plan psychique que physique (dos. recourante 8).

4.2.12 Dans un ultime avis médical daté du 20 septembre 2013, la généraliste traitante de la recourante a réitéré que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler en raison de céphalées pénalisantes et de douleurs cervicales dorso-lombaires (dos. recourante 7).

4.3 Il ressort des nombreux rapports médicaux recueillis par l'Office AI depuis 2004 (c. 4.2) que seuls les troubles cardiaques de l'assurée sont restés stables (c. 4.2.4 et 4.2.8). En effet, pour le reste, le tableau clinique de la recourante, au moment de la décision querellée, diffère totalement de celui qui avait été dressé lors de l'expertise de 2004, tant au niveau des pathologies retenues (dos. AI 21/7, AI 59.1/10 et 61.1/6 ou encore AI 68/4) qu'en matière d'estimation de la capacité de travail (dos. AI 21/9, AI 59.1/22 et 61.2/1). D'un point de vue somatique, de nouveaux diagnostics (qualifiés de sans influence sur la capacité de travail) n'ont eu cesse d'être suspectés/décélés. De plus, la symptomatologie douloureuse encore (quasi) inexistante en 2004 (excepté des arthralgies débutantes à placer dans le contexte d'un lupus érythémateux encore non soigné, dos. AI 21/8) est omniprésente depuis 2010. Elle a aussi été le moteur de toutes les investigations pratiquées. Sur le plan psychique, le diagnostic de TSD (encore inexistant en 2004) a été retenu par l'expert psychiatre (c. 4.2.10). Enfin, le trouble du comportement diagnostiqué comme invalidant en 2004 (dos. AI 21/7), en relation avec une thymie dépressive sévère (ou épisode dépressif majeur selon l'expertise

de 2004, dos. AI 21/8), a fait place, aujourd'hui, à une dysthymie, forme nettement plus douce de fragilité psychique.

Au vu de ces éléments, un changement important de la situation réelle, susceptible de modifier le degré d'invalidité de la recourante de façon déterminante pour le droit à la rente, est avéré (TF 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 c. 6.1.3). Dans ces conditions, on ne saurait prétendre qu'on se trouve en réalité en présence de deux appréciations différentes d'un état de santé inchangé. Lorsque la décision de 2004 a été rendue, l'aspect en soi bénin des troubles cardiaques était déjà connu; toutefois, à l'époque, l'expert psychiatre avait admis une atteinte dépressive grave en relation avec le diagnostic cardiaque, largement investigué et traité, qui déstabilisait la recourante. On ne saurait donc se rallier aux doutes formulés aujourd'hui par l'expert en rhumatologie sur le caractère erroné ou non de conclusions médicales arrêtées par les experts en 2004 (dos. AI 59.1/23).

5.

Il reste cependant à examiner dans quelle mesure l'évolution constatée dans la situation de santé de la recourante influence effectivement sa capacité de travail et de gain.

5.1 D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise rédigée en janvier/février 2012 est complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.5.2 ci-dessus). D'emblée, il faut rappeler que d'après une jurisprudence constante, le fait qu'un expert ou une institution d'expertise soient régulièrement mandatés par un assureur, le nombre des expertises et des rapports confiés à un même médecin, de même que le volume d'honoraires en résultant ne conduisent en soi pas à la récusation (ATF 137 V 210 c. 1.3.3; SVR 2009 UV n° 32 c. 6.2). Or, en l'occurrence, la recourante n'allègue rien qui laisserait supposer que les experts mandatés aient été soumis, quant au contenu de leur rapport, à des instructions des organes d'exécution de l'AI (TF I 885/06 du 20 juin 2007 c. 5.1). Pour le surplus, les experts, dont la qualification ne peut être mise en doute, ont procédé à un examen personnel de l'intéressée. Leur rapport comporte une anamnèse détaillée; les avis des (nombreux) autres praticiens consultés jusqu'alors y sont résumés, démontrant une étude fouillée du dossier. Les plaintes subjectives de la recourante ont été soigneusement consignées, tout

comme les observations objectives découlant des examens cliniques mis à disposition. Les conclusions de l'expertise sont bien détaillées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes de la genèse de l'expertise.

5.2 Sur le plan matériel, les critiques de la recourante et l'avis de ses médecins traitants prétendument contradictoires (recours p. 4) ne remettent pas en cause le caractère convaincant de l'avis des experts en psychiatrie et rhumatologie.

5.2.1 Sur le plan psychique tout d'abord, et contrairement à l'avis de la recourante qui allègue souffrir de dépression grave (recours p. 7), rien ne justifie tout d'abord de s'écarter du diagnostic de dysthymie (F34.1) retenu par l'expert en psychiatrie, que la généraliste traitante de l'assurée ne conteste d'ailleurs pas (elle s'exprime en faveur d'une baisse de l'humeur, avec une thymie affectée avec perte d'élan vital, dos. AI 72/16). En effet, l'expert psychiatre a argumenté de manière convaincante les raisons pour lesquelles les pathologies retenues par les experts en 2004 avaient évolué et pourquoi il excluait, aujourd'hui, toute dépression réactive ou un trouble de comportement (dos. AI 61.1/7): il qualifie l'affect de l'assurée comme étant stable (une baisse de l'humeur pouvant être constatée uniquement lorsque certains sujets sensibles sont abordés) et ne préconise aucun suivi thérapeutique ou mise en place d'une médication spécifique (dos. AI 61.1/7 et 8). Quant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux (F45.4), auquel la recourante ne s'oppose du reste pas (cf. recours p. 6 à 8), l'expert psychiatre explique pourquoi il est retenu. Il relie en effet les douleurs exacerbées de l'assurée (sans substrat somatique) à un état d'anxiété excessif de nature hypocondriaque et à des facteurs psychosociaux.

5.2.2 Les diagnostics arrêtés par les médecins traitants de l'assurée, sur le plan somatique (cardiologue [not. dos. AI 52/2], généraliste traitante [dos. AI 52/1, 72/15 et 16]), correspondent à ceux posés par l'expert en rhumatologie (dos. AI 59.1/10) et, subséquentement, par les médecins de l'hôpital D. _____ (dos. AI 51/1, 5, 8, 11, 14, 16 et AI 68/4) et de la dernière clinique dans laquelle la recourante a séjourné (rapport rédigé certes après la date de la décision querellée [dos. recourante 8], mais de nature à influencer l'appréciation de la situation, telle qu'elle se présentait à la fin de la procédure administrative [SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4]). Dans la mesure où les troubles cardiaques de l'assurée avaient été (indirectement)

à l'origine de la décision d'octroi de rente AI (c. 4.1), le Tribunal relève que ceux-ci sont restés stationnaires (dos. AI 37 et 52/26), notant même que les médecins de l'hôpital D. _____ ont fait état, au terme de l'examen du 5 juillet 2011, d'une auscultation cardiaque qualifiée de normale (dos. AI 51/2 ch. 1.4) et que les médecins de la clinique n'ont pas relevé de pathologie en relation avec les problèmes cardiaques de l'assurée (dos. recourante 8).

5.3 Nonobstant l'avis unanime du corps médical concernant les pathologies retenues (c. 5.2.1 et 5.2.2), il subsiste toutefois des nuances quant à l'évaluation médicale de la capacité de travail de la recourante.

5.3.1 Tout d'abord, la généraliste traitante de l'assurée retient depuis son rapport du 16 juillet 2007 que l'intéressée est dans l'incapacité totale de travailler, quelle que soit l'activité envisagée. Elle a confirmé cet avis le 6 décembre 2010, le 30 avril et le 20 septembre 2013. Dans son premier rapport figurant au dossier du 22 octobre 2002, elle attestait une incapacité de travail de 100% dès le 11 juin 2001 (sans préciser à quel emploi elle se rapportait), mais laissait entendre qu'une activité non contraignante sur le plan physique pourrait être envisagée en tout cas à un taux de 50%. Or, le TA constate que l'attestation d'une incapacité de travail totale n'est corroborée au dossier que par le psychiatre traitant dans ses rapports des 13 décembre 2002 et 24 juillet 2007 qu'il était par l'imbrication des limitations physiques (cardiaques, puis aussi le lupus) et psychiques (diagnostics en 2002 d'épisode dépressif moyen et continu et en 2007 de dysthymie), renvoyant pour le surplus à l'avis de la généraliste traitante (dos. AI 36/1). Or, face à cette estimation, le Tribunal relève que les autres évaluations médicales opérées sous l'angle somatique et versées au dossier concordent et vont dans le sens d'une absence de limitation fonctionnelle. Le cardiologue traitant la recourante l'a relevé, dans son domaine de spécialisation et en relation avec les troubles du rythme de l'assurée, déjà dans son rapport du 3 décembre 2002, tout en reconnaissant que la patiente était très invalidée subjectivement (dos. AI 9/3). Il l'a confirmé en juillet/août 2007 (dos. AI 37/2). Quant aux spécialistes de l'hôpital D. _____ qui suivent la recourante depuis 2003 (c. 4.2.4 et 4.2.5), dans leur rapport de juillet 2011, ils ont considéré, à l'instar de l'expert en rhumatologie en 2012, que la recourante avait toujours gardé une pleine capacité de travail sur le plan rhumatologique, y compris en relation avec la hernie discale dont ils ont tenu

compte. L'absence de déficit neurologique a aussi été confirmée par les examens neurologiques de février 2013, menés en raison de vertiges et de maux de tête, dont les résultats ont été produits à l'appui des observations et du recours (dos. AI 68/4-7). En outre, les rhumatologues de l'hôpital D. _____ ont aussi constaté une absence de restrictions psychiques ou mentales (dos. AI 51/2). Même s'il faut relativiser l'appréciation de la santé psychique faite par le cardiologue et les rhumatologues, il apparaît manifestement que l'évaluation de la généraliste traitante, du reste toujours très succincte, et celle du psychiatre traitant prennent en compte les plaintes subjectives de la patiente et des facteurs psychosociaux à exclure, juridiquement, de la notion d'invalidité (c. 2.3), ce qui peut s'expliquer par le rôle différent assumé par les praticiens traitants et les experts (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Selon la pratique (ATF 130 V 396 c. 5.3.2), les plaintes subjectives d'une assurée ne suffisent pas en soi à fonder une incapacité de travail (partielle). Il faut que les plaintes se rapportant aux douleurs soient suffisamment explicables par des diagnostics médicaux spécialisés. Or, il est patent, sur la base de l'ensemble du dossier médical, que les plaintes subjectives de la recourante portant sur des douleurs, qualifiées de changeantes (*wechselndes Beschwerdebild*, not. dos. AI 52/59) et en augmentation constante au vu du nombre d'examens médicaux de toute nature pratiqués depuis 2009 (c. 4.2.5 à 4.2.9) n'ont pu être reliées à un substrat organique (dos. AI 51/6, 51/12 et 52/59), raison pour laquelle l'expert psychiatre a retenu le diagnostic de TSD (c. 5.2.1). Le seul motif de l'interaction entre plaintes somatiques et psychiques ne peut donc expliquer l'incapacité de travail retenue par les deux médecins traitants. Quant aux influences psychosociales étrangères à l'invalidité, elles avaient déjà été identifiées en 2003 par les cardiologues de l'hôpital D. _____ (dos. AI 16/7) et elles ont été relevées subséquentement aussi, par plusieurs médecins (c. 4.2.5 et 5.2.1); elles l'ont peu à peu emporté sur l'état aigu d'anxiété et de dépression moyenne à grave qui avait été constaté au début de la problématique cardiaque et qui justifiait l'incapacité de travail psychique alors diagnostiquée. Il ne peut donc pas être accordé à l'avis de la généraliste traitante, auquel renvoie le psychiatre traitant, une valeur probante supérieure aux conclusions des experts.

5.3.2 Toujours au niveau de l'appréciation juridique du caractère invalidant des atteintes diagnostiquées par les médecins (ATF 130 V 352 c. 2.2.5; TF I 515/03 du

15 septembre 2004 c. 2.2; SVR 2012 IV n° 1 c. 3.4.1), en ce qui concerne le TSD, l'Office AI n'a quant à lui même pas retenu la part d'incapacité de travail médicale de 10% attestée par les experts (découlant des résultats de l'examen psychiatrique), part pourtant également admise par son SMR. Or, l'expert psychiatre a passé en revue de manière convaincante l'ensemble des circonstances susceptibles de renverser la présomption d'exigibilité en matière de TSD et constaté que deux des critères étaient partiellement réalisés. Il a relevé l'existence de facteurs sociaux défavorables, étrangers à la maladie, mais ayant favorisé le caractère persistant des TSD (long éloignement du monde du travail, perte d'un enfant au 4^{ème} mois de grossesse, absence d'enfant, séparation d'avec le mari, par exemple). Il a ainsi admis que la dysthymie, certes en principe à considérer comme surmontable (SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2), jouait un certain rôle et constaté une progression ainsi qu'un caractère chronique du syndrome douloureux, toutefois à relativiser au vu de la surinvestigation médicale n'ayant mené à aucun diagnostic déterminant. De ce fait, bien que ni le cumul ni l'intensité de ces deux seuls critères soient aptes à renverser totalement la présomption d'exigibilité voulant que les TSD peuvent être surmontés, l'expert en a tout de même déduit un handicap psychique, devant être qualifié d'invalidant, susceptible de diminuer d'au plus 10% la capacité de travail. Cette analyse reprise dans l'évaluation bi-disciplinaire des experts l'emporte sur l'appréciation de l'intimé se contentant d'affirmer une capacité de travail totale en niant totalement l'influence de la dysthymie sans discuter les explications de l'expert à ce sujet.

5.4 Au vu de ce qui précède, aucun élément ne vient mettre en doute la crédibilité de l'expertise de 2012, laquelle est en tous points conforme aux exigences jurisprudentielles. Rien ne justifie dès lors de s'écarter des conclusions de cette dernière qui revêt une force probante entière, tant sur le plan médical que celui, juridique, de l'appréciation du caractère invalidant. Le Tribunal se rallie donc aux conclusions des experts et retient que l'assurée dispose d'une capacité de travail à hauteur de 90% au minimum dans ses anciennes activités exercées en Suisse (à savoir essentiellement en tant que serveuse ou gérante de solarium).

6.

Comme exposé précédemment (c. 2.1), le degré d'incapacité de travail, médical, ne correspond pas au degré d'invalidité, notion de nature économique. Néanmoins, en l'espèce, les experts ne mettent pas en doute le fait que la dernière activité exercée par l'assurée (serveuse) est adaptée à l'état de santé de la recourante. La capacité de travail de 90% (au minimum) fixée par les experts ne comprend par ailleurs aucune (autre) réserve quant à d'éventuelles restrictions de rendement. Il est par conséquent superflu de procéder à une comparaison des revenus; les salaires de base à prendre en compte sont en effet identiques. Il y a donc lieu de considérer, à la date de la décision sur opposition ici contestée, que le degré d'invalidité correspond au taux d'incapacité de travail, à savoir 10%. Un abattement supplémentaire à raison du handicap ne se justifie pas non plus, puisque la recourante est apte à travailler dans la dernière activité qu'elle a exercée, que le travail à temps partiel est très courant dans le service et que, venant de C._____, elle vit depuis 20 ans en Suisse (ATF 134 V 322 c. 5.2). Une invalidité de 10% n'ouvre pas un droit à une rente AI. Par conséquent, la suppression de la rente d'invalidité au 1^{er} juin 2013 ne peut qu'être confirmée.

Si la recourante (âgée de moins de 55 ans et ayant bénéficié d'une rente pendant un peu moins de 11 ans à la date de la décision, donc moins de 15 ans; TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 c. 3.3-3.5) entend obtenir l'appui de l'AI en vue d'une réadaptation, il lui appartient d'introduire une demande dans ce sens.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

7.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure, fixés à Fr. 700.-, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe, et sont compensés par son avance de frais (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

7.3 La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, ne peut prétendre au remboursement de ses dépens ou d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA,

104 al. 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA), pas plus que l'Office AI, qui agit dans l'accomplissement d'une tâche de droit public (art. 104 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,

et communiqué (A):

- à
().

La présidente:

La greffière:
e.r. P. Annen-Etique

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).