



---

Cour III  
C-3172/2015

## Arrêt du 30 novembre 2017

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,  
Barbara Scherer, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, Portugal  
représentée par Maître Cédric Bossicard,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente d'invalidité  
(décision du 14 avril 2015).

**Faits :****A.**

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : assurée ou recourante), ressortissante portugaise née en 1963 et mère de deux fils nés en 1985 et 1992 (extrait du livre de famille [AI pce 12 pp. 1 s.]), a depuis 1981 cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; cf. extraits du compte individuel du 30 mai 1999 [AI pce 14]). Sans formation professionnelle, elle a exercé en Suisse plusieurs activités (cf. AI pce 7 p. 6) dont celle d'auxiliaire de repassage (cf. aussi l'enquête économique sur le ménage du 30 septembre 1994 [AI pce 71 p. 8], questionnaire pour l'employeur du 9 mai 1994 [AI pce 71 pp. 14 ss]; cf. le rapport d'enquête du 15 février 1999 [AI pce 71 p. 6] et AI pce 199 p. 3).

**B.**

Le 18 mars 1994, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office AI cantonal (ci-après : OAI; AI pce 1) qui par décision du 30 janvier 1995 a refusé tout droit à une rente, le degré d'invalidité de l'assurée ayant été de 32%. Le recours de l'assurée contre cette décision auprès du Tribunal cantonal a été rejeté par jugement du 15 novembre 1995 (cf. AI pce 7 pp. 6 à 13).

Le 11 mars 1997, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations (AI pce 2 p. 9). Par décision du 9 mai 1997, l'OAI n'y est pas entré en matière, l'assurée n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé (AI pce 3 pp. 11 à 13). Le 24 avril 1998, le Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté par l'assurée (AI pce 7 pp. 1 à 5).

**C.**

Le 22 décembre 1998, l'assurée a une nouvelle fois demandé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (AI pce 2 p. 7).

Par décisions du 5 août 1999, l'OAI a accordé dès le 1<sup>er</sup> mars 1998 une demi-rente (du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 1998 pour cas pénible et en mai 1998 pour un degré d'invalidité de 50%) et dès le 1<sup>er</sup> juin 1998 une rente d'invalidité entière (AI pce 3 pp. 2 à 10). Il a considéré que l'assurée présentait des somatisations et troubles hypochondriaques chez une personnalité psychotique (cf. notamment l'avis du médecin AI du 14 mai 1999 [AI pce 30 p. 4]).

En 2000, l'assurée a définitivement quitté la Suisse pour retourner vivre au Portugal (courrier du 31 janvier 2000 [AI pce 2 p. 5]).

Après deux révisions de rente introduites d'office en 2001 et 2005 (AI pces 20 et 64), le maintien de la rente d'invalidité entière a été confirmé par communications des 16 janvier 2002 et 15 septembre 2006 de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE; AI pces 31 et 79; cf. aussi la prise de position médicale du 4 septembre 2006 du Dr B. \_\_\_\_\_ [AI pce 78]).

En 2010, une nouvelle révision d'office de la rente a été initiée (AI pce 93). Alors que dans le projet de décision du 5 juillet 2011 l'OAIE a estimé que l'assurée n'avait plus droit à une rente (AI pce 123), se basant essentiellement sur le rapport psychiatrique du 26 novembre 2010 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ (AI pce 108, respectivement pour une traduction : AI pce 176), il a confirmé par communication du 5 mars 2012 (AI pce 142) le maintien de la rente au vu du rapport du 22 juillet 2011 du Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre, produit en procédure d'audition (AI pce 125 p. 2; cf. aussi prises de position des 13 mars et 2 octobre 2011 ainsi que du 27 février 2012 du Dr B. \_\_\_\_\_ [AI pces 120, 131 et 141]).

#### **D.**

En octobre 2012, l'OAIE entame une quatrième révision de la rente d'invalidité (AI pce 143).

Dans un premier temps notamment les nouveaux documents suivants ont été versés au dossier :

- le questionnaire pour la révision de la rente, rempli et signé le 18 octobre 2012, duquel il appert que l'assurée ne poursuit pas une activité lucrative (AI pce 146),
- un rapport médical manuscrit du 11 décembre 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre (AI pce 155, respectivement pce 182 pp. 3 s. pour une traduction en français),
- une énumération des troubles de santé de l'assurée de la part de la sécurité sociale, datée des 14 décembre 2012 et 11 janvier 2013 (AI pces 151 et 152),
- le rapport médical détaillé E 213, reçu le 25 février 2013 et établi par la Dresse E. \_\_\_\_\_ (AI pce 150, respectivement AI pce 180 pour la traduction en français),
- la réponse du 11 avril 2013 du Dr F. \_\_\_\_\_ de l'OAIE (AI pce 158),

- le rapport du 15 mai 2013 du Dr D.\_\_\_\_\_ (AI pce 160, respectivement pce 184 pour une traduction en français), correspondant à son rapport précédent,
- la prise de position médicale du 8 juillet 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_ (AI pce 163).

#### **E.**

Sur avis du Dr B.\_\_\_\_\_ (cf. sa réponse du 25 août 2013 [AI pce 165]), une expertise psychiatrique est mise en place chez la Dresse G.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH et experte médicale de la SIM, qui a eu lieu le 17 décembre 2013 de 8h30 à 10h35 (cf. attestation du 17 décembre 2013 [AI pce 199 p. 12]). Dans son rapport d'expertise du 16 janvier 2014 cette experte pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (sous réserve des appréciations somatiques spécialisées) sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée et estime que l'état de santé de l'assurée s'est améliorée depuis la fin du suivi psychiatrique en 2009, lui permettant de reprendre toute activité lucrative (AI pce 199).

Invité à prendre position sur le rapport d'expertise, le Dr B.\_\_\_\_\_ en confirme les conclusions le 9 avril 2014 (AI pce 201).

Le 7 mai 2014, l'assurée remplit encore un nouveau questionnaire pour la révision de rente (AI pce 207).

Dans le p.v. du rapport OAIE du 4 septembre 2014, les différents médecins et spécialistes de l'OAIE réunis confirment que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré et qu'elle présente une capacité de travail entière dans l'ancienne activité lingère-repasseuse dès le 16 janvier 2014. Les spécialistes estiment en outre qu'aucun élément médical ne va à l'encontre de la mise en valeur de sa capacité de travail retrouvée bien que le début de la rente remonte au 1<sup>er</sup> mars 1998 (année corrigée), soit à plus de 15 ans (AI pce 217).

#### **F.**

Par projet de décision du 10 septembre 2014, l'OAIE informe l'assurée qu'il estime qu'il n'existe plus aucun droit à une rente d'invalidité. Il explique en substance qu'il ressort de la documentation médicale que son état de santé s'est amélioré depuis le 17 décembre 2013, la Dresse G.\_\_\_\_\_ n'ayant plus observé de signes de dépression pouvant avoir de répercussion sur sa capacité de travail et que son ancienne activité lingère-repasseuse ne requiert pas de suivre une nouvelle formation, ni une mise à jour et que par

conséquent aucun élément médical ne va à l'encontre de la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle (AI pce 218).

### **G.**

Le 24 octobre 2014 (AI pce 224), l'assurée représentée conteste les conclusions de l'expertise de la Dresse G.\_\_\_\_\_ et verse au dossier le dernier rapport médical du 13 octobre 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_ (AI pce 223). Elle avance que son psychiatre traitant fait état d'une réaction dépressive prolongée, nécessitant un traitement médicamenteux de dose élevée qui ne permet en aucune façon de conclure que l'état dépressif a disparu (AI pce 224).

Invités à prendre position, les différents médecins et spécialistes de l'OAIE réunis le 18 décembre 2014 concluent à demander un complément d'expertise à la Dresse G.\_\_\_\_\_ (cf. p.v. du 22 décembre 2014 du rapport OAIE/médecins [AI pce 226]).

L'assurée verse encore au dossier (AI pce 230) le résultat du 9 décembre 2014 de l'examen par TC de la colonne cervicale, signé par la Dresse H.\_\_\_\_\_ (AI pce 228) et le rapport du 17 décembre 2014 de la Dresse I.\_\_\_\_\_ (AI pce 229).

Dans son complément d'expertise du 22 janvier 2015, la Dresse G.\_\_\_\_\_ conclut essentiellement que les divers documents versés au dossier ne permettent pas de contester les circonstances d'octroi initial des rentes et que les nouveaux rapports médicaux ne permettent pas de reconnaître l'apparition d'un fait nouveau, ni de contester le caractère médicalement probant de son rapport du 16 janvier 2014 (AI pce 233).

Les médecins et experts de l'OAIE réunis le 19 mars 2015 prennent position sur les derniers rapports médicaux et concluent que l'amélioration de l'atteinte psychiatrique à l'origine de la rente est confirmée et que la pathologie actuelle est d'ordre réactionnel à des facteurs psychosociaux, n'ayant pas des conséquences sur la capacité de travail (cf. p.v. du 2 avril 2015 du rapport OAIE/médecins [AI pce 236]).

### **H.**

Par décision du 14 avril 2015, l'OAIE supprime la rente de l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2015 (AI pce 239).

**I.**

Par courrier du 9 mai 2015 (AI pce 246 p. 3), l'assurée verse au dossier le rapport du 7 mai 2015 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ (AI pce 246 pp. 1 et 2) ainsi que le rapport daté (par erreur) du 16 mai 2015 du Dr D. \_\_\_\_\_ (AI pce 247).

**J.**

Le 18 mai 2015, l'assurée interjette recours contre la décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal; TAF pce 1). Elle conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision contestée et à la confirmation du degré d'invalidité (antérieur). Elle avance en substance qu'elle souffre toujours de dépression et fait grief que la Dresse G. \_\_\_\_\_ ne s'est entretenue avec elle que très brièvement. En outre, s'agissant du dernier rapport médical du 16 mai 2015 du Dr D. \_\_\_\_\_ elle argue que celui-ci est psychiatre au même titre que la Dresse G. \_\_\_\_\_, la suit depuis des années et a constaté chez elle une réaction dépressive prolongée ayant nécessité un changement de médication qui a permis une évolution discrète de son état de santé.

La recourante demande également une assistance judiciaire totale.

**K.**

Le 26 août 2015, l'assurée se présente à l'OAIE pour réclamer sa rente (cf. note interne du 26 août 2015; [TAF pce 4 annexe 2]). Elle dépose également le rapport médical du 17 juillet 2015 du Dr J. \_\_\_\_\_, orthopédiste, et le rapport du 28 juillet 2015 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie et psychothérapie clinique (TAF pce 4 annexes 3 et 4).

**L.**

Dans sa réponse du 2 septembre 2015, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il argue pour l'essentiel que selon l'expertise psychiatrique de la Dresse G. \_\_\_\_\_ qui répond aux exigences posées par la jurisprudence la recourante bénéficie d'une pleine capacité de travail et que son service médical, reconsidérant l'ensemble du dossier médical, a confirmé une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée lui permettant à nouveau de travailler à plein temps dans sa dernière activité de repasseuse (TAF pce 4). L'OAIE produit le p.v. du 27 août 2015 du rapport OAIE/médecins, ayant réuni les différents médecins et spécialistes de l'OAIE (TAF pce 4 annexe 1).

**M.**

Par décision incidente du 15 septembre 2015, le TAF accorde à l'assurée une assistance judiciaire totale en la dispensant du paiement de l'avance de frais de procédure et en nommant Me Bossicard comme avocat d'office (TAF pce 5).

**N.**

Par réplique du 15 octobre 2015, la recourante critique que les différents médecins et spécialistes de l'OAIE ne se sont pas prononcés sur le rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_ et sur le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ qui fait notamment état des cervicalgies qui à elles seules rendent impossible tout reprise de son activité de lingère-repasseuse. Elle conteste par ailleurs de nouveau la valeur probante de la Dresse G.\_\_\_\_\_ qui s'est entretenue avec elle à peine un quart d'heure et requiert une nouvelle expertise à organiser au Portugal, principalement pour lui éviter de se déplacer en Suisse alors qu'elle ne dispose pas des moyens financiers nécessaires. Selon la recourante cette expertise devrait également porter sur les affections fonctionnelles dont elle souffre (TAF pce 7).

**O.**

Dans sa duplique du 11 janvier 2016, l'OAIE réitère ses conclusions et remarque que ses différents médecins et spécialistes réunis le 17 décembre 2015 confirment leurs prises de positions antérieures (TAF pce 11). Le p.v. du 21 décembre 2015 de ce rapport OAIE/médecins est joint à la duplique (TAF pce 11 annexe).

**P.**

Malgré l'invitation du TAF (TAF pce 12), la recourante n'a pas déposé des observations finales.

**Droit :****1.**

**1.1** En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

**1.2** La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

**1.3** La recourante a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

**1.4** En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA).

Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

## **2.**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par le recourant (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Vol. II, Les actes administratifs, 3<sup>e</sup> édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés 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, 2<sup>ème</sup> édition 2013, p. 25 n. 1.55).

## **3.**

**3.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la suppression de la rente d'invalidité de la recourante ayant été prononcée par décision du 14 avril 2015, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont applicables dont notamment les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet) en force depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (modification du 18 mars

2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]). Du reste, la date de la décision querellée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (notamment : ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 131 V 407 consid. 2.1.2.1, 129 V 4 consid. 1.2).

**3.2** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la requérante portugaise a été assurée en Suisse de nombreuses années (Al pce 3 p. 2) et vit de nouveau dans son pays d'origine. 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1<sup>er</sup> 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 Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C\_329/2015 du 5 juin 2015, 9C\_54/2012 du 2 avril 2012). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

#### **4.**

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 14 avril 2015 par laquelle l'OAIE a supprimé, sur la base de l'art. 17 LPGA invoqué, le droit

de la recourante à une rente d'invalidité entière avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2015, ayant estimé que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré. Il sied d'examiner si cette suppression de la rente est justifiée, la recourante concluant à l'annulation de la décision attaquée et à la confirmation du degré d'invalidité (antérieur; TAF pce 1) ou alors au renvoi de la cause pour nouvelle expertise médicale (TAF pce 7).

## 5.

**5.1** En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

**5.1.1** 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 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et leurs références citées). A titre d'exemple, une conclusion médicale qui diffère d'une conclusion antérieure alors que l'état de santé ne s'est effectivement pas modifié, résulte souvent d'un exercice différent de l'appréciation médicale (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_160/2017 cité consid. 2.2, 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1) ; elle ne saurait justifier une révision.

Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêts du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, *in* Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

**5.1.2** Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

**5.1.3** Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références). Une simple communication à la personne assurée confirmant le droit à la rente ne peut pas être considérée comme une décision au sens de cette jurisprudence si elle ne suit pas une procédure de révision incluant un examen matériel du droit à la rente conformément aux exigences jurisprudentielles (à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C\_747/2011 du 9 février 2012 consid. 4.1, 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2).

**5.2** En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA susmentionné, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision de l'AI (premier volet; cf. consid. 3.1 ci-dessus) 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. Selon cette disposition, ces rentes devront être réexaminées dans un délai de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et être réduites ou supprimées si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies – parce que l'incapacité de travail est considérée comme surmontable (cf. consid. 6.1 ci-dessous) – même si l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente.

**5.3** A la teneur de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend en principe effet au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

## 6.

**6.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

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 (art. 7 al. 1 LPGA).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**6.2** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2, 131 V 49 consid. 1.2, 130 V 396 consid. 6.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2).

**6.3** La jurisprudence du Tribunal fédéral a posé depuis 2004 la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que d'autres affections psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on reconnaissait une invalidité à ce titre et qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie. L'assuré devait alors présenter une comorbidité psychiatrique importante et/ou remplir quatre autres critères définis, appelés critères de Foerster (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3).

S'agissant d'une rente en cours, le Tribunal fédéral a cependant expliqué que cette jurisprudence ne justifie pas la diminution ou la suppression d'une rente octroyée auparavant ; il n'y a lieu d'adapter qu'exceptionnellement une décision relative à une prestation durable à une nouvelle jurisprudence (ATF 135 V 201 consid. 6 et 7; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et références).

**6.4** Le 3 juin 2015, durant la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral a modifié dans un arrêt de principe (ATF 141 V 281) sa pratique instaurée en 2004. Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.5). Le Tribunal fédéral a également renoncé à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 et 4.3.1.1) ; l'existence d'une comorbidité psychiatrique est désormais un indicateur parmi d'autres pour juger du caractère invalidant de la pathologie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Afin d'évaluer la capacité de travail exigible des assurés souffrant de trouble somatoformes douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable, le Tribunal a décrit les catégories et indicateurs qui permettent de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de la personne assurée d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C\_615 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et références).

## 7.

**7.1** En l'espèce, la suppression de la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA suite à une prétendue amélioration de l'état de santé de l'assurée étant litigieuse (cf. consid. 4 ci-dessus), il sied d'examiner si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 5 août 1999, au moment des décisions initiales, et ceux qui ont existé le 14 avril 2015, au moment de la décision querellée, les révisions antérieures, initiées successivement en 2001, 2005 et 2010, ne correspondant pas aux exigences jurisprudentielles d'un examen matériel du droit à la rente (cf. consid. 5.1.3 ci-dessus).

**7.2** Afin de pouvoir établir un motif de révision, l'administration et le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe

inquisitoire (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1).

### 7.3

**7.3.1** Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 2 ci-dessus), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

**7.3.2** Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

**7.3.3** La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne serait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médical est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale. La discussion de la genèse du problème de santé et des facteurs alimentant la maladie peut revêtir une importance particulière lorsqu'il s'agit de prouver la modification d'un état de santé psychiatrique dont le diagnostic est souvent soumis à un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4). Ainsi, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision de rente dépend de la question de savoir si elle se prononce de façon suffisante quant à la modification

notable de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 publié dans SVR 2012 IV n° 18 et références).

**7.3.4** Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le fait qu'un ou plusieurs médecins (même spécialisés) exposent une opinion différente ne suffit cependant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale ; il faut encore que ces médecins font état d'éléments nouveaux et pertinents (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2010 consid. 2.2; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1 et U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

**7.3.5** Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

**7.4** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b et références).

Dans le cadre d'une révision de rente, lorsque la modification notable de l'état de fait au sens de la loi n'est pas établie avec la vraisemblance prépondérante, l'état de droit antérieur reste valable conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1; cf. également sur cette question : arrêt du TAF C-7002/2015 du 5 septembre 2017 consid. 4.3).

## 8.

**8.1** En 1999, l'Office l'OAI se fondait principalement sur le rapport du 30 novembre 1998 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, avait noté une aggravation frappante de la symptomatologie et a retenu les diagnostics de somatisation et trouble hypocondriaque (F 45.0, F45.2), troubles psychotiques (F 28) et diagnostics somatiques objectivables. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a attesté une affection psychique grave et grandement invalidante, ne permettant plus à l'assurée à effectuer une quelconque activité en dehors de son occupation ménagère (AI pce 65 pp. 31 s.). L'OAI s'est aussi basé sur le rapport médical du 25 avril 1999 du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin de famille, qui a noté des troubles psychotiques, une somatisation et trouble hypochondriaque, un status après césarienne avec douleurs abdominales chroniques, douleurs dorsales chroniques d'origine inconnue, une hyperandrogénie sur ovaires polykystiques, un hyperinsulénisme et un hirsutisme ainsi qu'une obésité. Ce médecin a remarqué que depuis son dernier rapport médical du 10 juillet 1997, l'état de santé de l'assurée s'est péjorée dans le sens qu'elle a des douleurs jours et nuits avec différentes localisations et que l'état s'aggravait avec fixation sur les douleurs dont l'origine se trouvait, selon lui, dans les problèmes familiaux. Ce médecin a attesté une incapacité de travail totale comme repasseuse (AI pce 65 pp. 27 à 29).

Dans le dossier se trouvait également les différents rapports versés lors des demandes de prestations antérieures dont notamment le rapport d'expertise du 24 novembre 1994 du Dr O.\_\_\_\_\_, neurologue et psychiatre FMH, qui a posé le diagnostic de dépression névrotique et attesté une incapacité de travail de 50% depuis environ une année (AI pce 65 pp. 61 à 67), les réponses de ce médecin du 18 avril 1995 aux questions du 30 mars 1995 du Tribunal cantonal, expliquant, entre autres, que l'on peut exiger de l'assurée l'effort de volonté nécessaire à la mise en valeur de la capacité de travail de 50% attestée sous condition que ce

travail consiste en du repassage et n'exige pas de trop grands efforts (AI pce 65 pp. 57 à 59) et le rapport du 13 juillet 1997 du Dr N.\_\_\_\_\_ qui notait des altérations physiques, gastroentérologiques et gynécologiques ainsi que des perturbations psychiques en forme de dépression et de syndrome somatoforme douloureux persistant (AI pce 65 pp. 39 s.).

Comme documents récents, se trouvaient dans le dossier encore les rapports des 18 février et 24 avril 1998 du Dr P.\_\_\_\_\_, consulté pour des problèmes d'ordre gynécologique (AI pce 65 pp. 34 à 36), le rapport du 6 octobre 1998 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie diabétologie (AI pce 65 p. 33) ainsi que le résultat de l'examen radiologique de la colonne dorso-lombaire face profil du 15 mars 1999, signé du Dr R.\_\_\_\_\_ qui a conclu que l'assurée présentait un important trouble dorso-lombaire, en particulier, lombaire (AI pce 65 p. 30).

Il apparaissait d'ailleurs du rapport d'enquête du 15 février 1999 que l'assurée, sans ses problèmes de santé, aurait travaillé en plein temps hors de son ménage et dans n'importe quelle activité (AI pce 71 p. 6).

Le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAI, a alors estimé le 14 mai 1999 que l'assurée souffrait de somatisations et troubles hypochondriaques chez une personnalité psychotique, qu'il y a eu aggravation de l'état de santé de l'assurée, que les renseignements médicaux étaient suffisants, qu'on devait admettre une incapacité de travail totale hors ménage et qu'il y avait inaptitude par rapport à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (AI pce 30 p. 4).

**8.2** Eu égard à ce qui précède, le TAF constate qu'en 1999, la rente d'invalidité a été accordée en raison d'un état psychiatrique dont l'assurée souffrait bien qu'elle présentait aussi des troubles somatiques objectivés. De plus, il remarque que le Dr M.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une somatisation (F45.0) et un trouble hypochondriaque (F45.2), proches du diagnostic du trouble douloureux somatoforme (F45.4), mais également un trouble psychotique (F28) qui ne peut pas être qualifié de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Or, il n'a pas été attribuée, pour ces atteintes psychiques, des capacités de travail distinctes de sorte qu'elles ont contribué ensemble à l'incapacité de travail totale de l'assurée alors attestée. En conséquence, l'administration ne peut pas procéder à un réexamen de la rente selon les dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision AI (cf. consid. 5.2 ci-dessus; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.6 s., confirmé par les arrêts 8C\_413/2016 du 2 septembre 2016 consid. 4.2.3, 9C\_180/2015 du

18 février 2016 consid. 3 et 8C\_697/2014 du 23 mars 2015 consid. 5.1 s.) ce que les médecins et spécialistes de l'OAIE ont remarqué à juste titre (AI pce 217). Enfin, le TAF note que l'octroi initial de la rente a été basé sur un dossier médical fouillé. Il n'y a donc pas lieu, par substitution de motifs, de le reconsidérer au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. aussi AI pce 199 p. 7 et 233 p. 3; ATF 125 V 368 consid. 2; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_427/2014 du 1<sup>er</sup> décembre 2014 consid. 2.2.1, 9C\_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2 et références; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3139 p. 850).

**8.3** Ultérieurement, lors de la deuxième révision de rente, a encore été versé au dossier notamment le rapport du 7 décembre 2005 du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre qui, posant comme diagnostic une réaction dépressive prolongée, a conclu que l'état est resté inchangé (AI pce 65 p. 13). Dans sa prise de position médicale du 4 septembre 2006 le médecin de l'OAIE, le Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre, estimait que la description du trouble paraissait moins sévère mais que le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ ne permettait pas de documenter de manière sûre une amélioration de l'état de santé de l'assurée telle que sa capacité de travail s'en trouvait améliorée (AI pce 78).

Dans le cadre de la troisième révision de rente, le rapport du 26 novembre 2010 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre a été produit. Ce médecin, dans un rapport détaillé, a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), alors compensée, ne justifiant plus une invalidité permanente. Toutefois, considérant que l'assurée a définitivement arrêté de travailler depuis environ 18 ans et qu'une reprise de son travail à temps complet lui paraissait impossible, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en termes absolus les limitations déterminant l'invalidité étaient toujours présentes et que celle-ci devait être maintenue (AI pce 108, respectivement pour une traduction : AI pce 176). L'assurée a encore produit le rapport du 22 juillet 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui a observé une réaction dépressive prolongée. Il a décrit le traitement médicamenteux instauré et a indiqué pour l'essentiel que l'assurée a présenté différents troubles à la santé, ayant nécessité des interventions chirurgicales dont les séquelles ont limité sa capacité de travail. Il a aussi remarqué un dysfonctionnement familial grave et persistant, avec des épisodes d'agression physique, à l'origine de l'altération de l'état de santé et ayant conditionné l'installation des marqueurs de dépression avec une fragilisation de la capacité de réponse adaptative, un développement d'un comportement anhédonique, des ruminations centrées sur la mort ainsi

que des manifestations de caractère disruptif avec contrôle insuffisant des impulsions ; le médecin a conclu que l'assurée présentait des limitations dans sa capacité d'intégration socio-professionnelle et n'était pas apte à exercer une activité professionnelle (AI pce 125 p. 2). Dans sa prise de position du 27 février octobre 2012, le Dr B. \_\_\_\_\_ de l'OAIE a remarqué sur la base des rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2005 et de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2010 que le trouble de l'assurée s'améliorait cliniquement depuis le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 30 novembre 1998 jusqu'à la disparition du trouble décrite par la Dresse C. \_\_\_\_\_ et une péjoration survenue suite à la suppression de la rente annoncée, mentionnée par le Dr D. \_\_\_\_\_. Il a alors estimé que lors d'une révision ultérieure de la rente un nouveau rapport devait documenter la stabilisation de l'amélioration et que pour l'instant l'incapacité de travail était inchangée (AI pce 141).

## 9.

**9.1** En 2015, l'OAIE fait valoir que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré raison pour laquelle celle-ci n'a plus droit à une rente.

L'Office base sa position principalement sur le rapport d'expertise du 16 janvier 2014 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH et experte médicale de la SIM, et son complément du 22 janvier 2015 (AI pces 199 et 233). Cette experte a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (sous réserve des appréciations somatiques spécialisées; F 45.5) et a remarqué que celui-ci n'a aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Par ailleurs, elle a fait état d'une amélioration de l'état de santé psychiatrique de l'assurée qu'elle a fixé à la fin du suivi psychiatrique en 2009.

Les médecins de l'OAIE ont confirmé les conclusions de l'experte (cf. la prise de position du 9 avril 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ [AI pce 201] et les p.v. des 4 septembre 2014 et 2 avril 2015 des rapports OAIE/médecins [AI pces 217 et 236]).

**9.2** Dans le dossier se trouvent encore les pièces médicales récentes suivantes :

- le rapport médical du 11 décembre 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre, très similaire à son rapport précédant. Ce médecin fait toujours état d'une dépression réactionnelle chronique et conclut, tout en soulignant une instabilité clinique et comportementale ainsi qu'un manque

d'affirmation de soi, que l'assurée est incapable d'exercer une activité professionnelle (AI pce 155, respectivement pce 182 pp. 3 s. pour une traduction en français),

- une énumération des troubles de santé de l'assurée de la part de la sécurité sociale, datée des 14 décembre 2012 et 11 janvier 2013, mentionnant des perturbations dépressives, une ostéoarthrose du genou, une hypertension sans complications, une fibromiomatose, une altération dégénérative de la colonne vertébrale (scoliose dextro-convexe), une maladie thyroïdienne (anticorps anti-peroxidase), une maladie du système digestif (infection par hélicobacter pylori) et un syndrome de Menière (AI pces 151 et 152),
- le rapport médical détaillé E 213, reçu le 25 février 2013 et établi par la Dresse E. \_\_\_\_\_ qui note un trouble anxieux et dépressif, évoluant depuis de nombreuses années, et atteste une capacité de travail entière dans l'ancienne activité de lingère dans un hôpital (AI pce 150, respectivement AI pce 180 pour une traduction en français),
- le rapport du 15 mai 2013 du Dr D. \_\_\_\_\_ (AI pce 160, respectivement pce 184 pour une traduction en français), correspondant à ses rapports précédents,
- le rapport médical du 13 octobre 2014 du Dr D. \_\_\_\_\_, très similaire à ses rapports précédents ; il note cependant également une aggravation du trouble d'humeur et un changement du comportement avec sentiment de tristesse, démotivation, lenteur psychomotrice, manque d'énergie et intériorisation du sentiment d'être incapable et sans valeur (AI pce 223),
- le résultat du 9 décembre 2014 de l'examen par TC de la colonne cervicale, signé par la Dresse H. \_\_\_\_\_ (AI pce 228),
- le rapport du 17 décembre 2014 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ qui note une dépression grave avec traitement par antidépresseurs et anxiolytiques, des altérations dégénératives de la colonne cervicale avec cervico-brachialgies et une chirurgie abdominale avec séquelles d'hémorragies (AI pce 229),
- le rapport du 7 mai 2015 de la Dresse I. \_\_\_\_\_, similaire à son rapport précédant mais précisant les cervico-brachialgies et les traitements médicamenteux (AI pce 246 pp. 1 s.),

- le rapport médical du 16 mai 2015 du Dr D. \_\_\_\_\_ qui fait notamment état de l'évolution depuis l'aggravation clinique relevée dans son dernier rapport et note une discrète amélioration de l'humeur et du comportement suite à une modification du traitement ; il note également que les signes dépressifs se maintiennent dans la vie quotidienne, avec persistance des plaintes précédentes et atteste toujours une incapacité à exercer une activité professionnelle (AI pce 247),
- le rapport médical du 17 juillet 2015 du Dr J. \_\_\_\_\_, orthopédiste qui note un status après opération du tunnel carpien droit, avec paresthésies aux deux membres supérieurs et à la main opérée, un status après opération d'un « tumeur » hallux, des cervicalgies chroniques avec irradiation dans le membre supérieur droit dont le traitement notamment par physiothérapie n'a donné que peu de résultat ainsi qu'un status après des multiples interventions au niveau abdominal qui se traduisent actuellement par une faible tonicité musculaire avec difficulté à faire des efforts (TAF pce 4 annexe 3),
- le rapport du 28 juillet 2015 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie et psychothérapie clinique qui, informant avoir examiné l'assurée il y a quelques années déjà, estime qu'elle souffre d'un syndrome dépressif majeur qui se maintient depuis plusieurs années avec traitement par antidépresseurs et psychothérapie ; ce médecin est d'avis que depuis 2003, l'assurée ne présente aucune capacité d'exercer une activité professionnelle, nécessitant un minimum de compétence cognitive, et pose un pronostic réservé, l'assurée présentant une aggravation sévère des symptômes et ayant besoin de beaucoup de soutien et de repos dans un environnement familial (TAF pce 4 annexe 4),
- le p.v. du 27 août 2015 du rapport OAIE/médecins, ayant réuni plusieurs médecins et experts de l'OAIE qui remarquent que le bref rapport du 7 mai 2015 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ et le rapport du 16 mai 2015 du Dr D. \_\_\_\_\_ n'apportent pas d'éléments nouveaux, étant similaires au rapport du 17 décembre 2014, respectivement au rapport du 13 octobre 2014 sur lesquels l'experte, la Dresse G. \_\_\_\_\_ s'est déjà prononcée (TAF pce 4 annexe 1),
- le p.v. du 21 décembre 2015 du rapport OAIE/médecins, ayant réuni le 17 décembre 2015 les différents médecins et spécialistes de l'OAIE qui concluent que le rapport du 17 juillet 2015 du Dr L. \_\_\_\_\_ et le rapport

du 28 juillet 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_ n'apportent pas de renseignements précis et ne sont ainsi pas suffisants pour mettre en doute les conclusions de l'expertise ; ils observent également qu'en l'absence de contradictions, une nouvelle expertise n'est pas nécessaire (TAF pce 11 annexe).

## 10.

La recourante conteste que son état de santé se soit amélioré et prétend en substance qu'elle souffre toujours de dépression, attestée par les différents psychiatres portugais, ainsi que de cervicalgies qui rendent impossible toute reprise de son activité de lingère-repasseuse.

**10.1** Le Tribunal de céans constate, comparant l'état de santé de l'assurée existant en 1999 avec celui présent en 2015 que sur le volet psychiatrique la Dresse G.\_\_\_\_\_ ne retient dans son rapport d'expertise comme diagnostic plus qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant qui est proche des diagnostics de la somatisation (F 45.0) et du trouble hypocondriaque (F 45.2) alors observés par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 30 novembre 1998. L'experte ne pose plus le diagnostic de troubles psychotiques, ayant remarqué que son examen psychiatrique n'avait mis en évidence aucun élément psychotique (AI pce 233 p. 3).

Sur le plan somatique, le TAF ne peut retenir aucun diagnostic basé sur un examen clinique récent. Comme nouvelles pièces, seuls l'énumération des atteintes de l'assurée des 14 décembre 2012 et 11 janvier 2013 (AI pces 151 et 152), le rapport médical E 213 reçu le 25 février 2013 (AI pce 150), le résultat du 9 décembre 2014 de l'examen par TC de la colonne cervicale (AI pce 228), le rapport du 17 décembre 2014 (AI pce 229) et le rapport orthopédique du 17 juillet 2015 (TAF pce 4 annexe 3) ont été versés au dossier. Or, ces documents sont très succincts, se résumant principalement à l'énoncé de quelques diagnostics sans constats médicaux correspondants et ne font pas état d'un examen clinique précis, avec indication du traitement et des limitations fonctionnelles notamment ; les médecins de l'OAIE l'ont remarqué à juste titre (TAF pce 11 annexe). Partant, ces rapports ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles mentionnées (cf. consid. 7.3.2 ss ci-dessus). S'il est vrai qu'en 1999, la rente d'invalidité n'a pas été accordée pour des troubles somatiques, mais psychiatriques (cf. consid. 8.1 et 8.2), c'est à tort que l'OAIE n'a pas demandé des rapports valables récents, cas échéant une expertise, relatifs aux différents problèmes invoqués par l'assurée qui se plaignait lors de l'expertise auprès de la Dresse G.\_\_\_\_\_

notamment de douleurs permanentes à la nuque, évoluant en vertiges, de douleurs abdominales irradiant vers la région lombaire et les genoux (prédominant à droite), de la difficulté à soulever le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale et d'une fragilité au niveau des voies respiratoires ; la Dresse G.\_\_\_\_\_ a souligné que l'assurée n'avait avancé aucune plainte de la sphère psychiatrique (AI pce 199 p. 5). Il est rappelé que compte tenu de la maxime inquisitoire (cf. consid. 7.2 ci-dessus), il appartient à l'OAIE de demander les documents utiles et non pas à l'assurée de les fournir. Un examen clinique valable des troubles somatiques de l'assurée est en l'occurrence indispensable d'autant plus que le syndrome douloureux somatoforme persistant attesté est un diagnostic d'élimination, ne pouvant être évoqué que lorsque les autres diagnostics possibles ont été écartés ; la Dresse G.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs posé le diagnostic sous réserve expresse des appréciations somatiques spécialisées (AI pce 199 p. 6).

Il appert de ce qui précède que le dossier médical constitué par l'OAIE est lacunaire sur le plan somatique. Le Tribunal de céans ne saurait donc se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée et ne peut pas suivre les conclusions de l'OAIE pour cette raison déjà.

## 10.2

**10.2.1** S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée d'un point de vue psychiatrique, le TAF remarque que la Dresse G.\_\_\_\_\_ a dans un premier temps expliqué que les signes minimes de dépression relevés ne correspondaient pas à une dépression d'intensité même légère (AI pce 199 p. 7) mais pouvaient être incluses dans le tableau douloureux somatoforme connu (AI pce 233 p. 2). L'anxiété observée était, selon l'experte, réactionnelle et restait dans les limites physiologiques. Elle a aussi noté qu'elle n'a identifié aucun autre signe d'atteinte psychiatrique chez l'assurée qui était parfaitement à même de gérer son quotidien et qu'en conséquence, l'assurée jouissait, selon l'experte, d'un très bon état de santé psychiatrique, ne justifiant médicalement aucune incapacité de travail (AI pce 199 p. 7).

La Dresse G.\_\_\_\_\_ a ensuite examiné la capacité de travail de l'assurée selon les critères jurisprudentiels déterminants pour les syndromes douloureux somatoforme persistants depuis 2004 (cf. consid. 6.3 ci-dessus) et est arrivée à la conclusion qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique à même de grever l'exigibilité de la poursuite d'une activité professionnelle de la part de l'assurée (AI pce 199 p. 7). Dans son

complément, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a noté que les diagnostics de somatisation et de trouble hypochondriaque observés par le Dr M.\_\_\_\_\_ ne sont aujourd'hui pas reconnus comme invalidants en l'absence de comorbidité psychiatrique majeure (AI pce 233 p. 3).

Enfin, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a remarqué que le tableau clinique s'est largement stabilisé depuis 1998, ce qui peut être attribué à l'éloignement temporel et géographique à l'égard des facteurs de crise à l'époque. En effet, l'assurée dit avoir quitté son mari en 1999 (en effet voir la convention de mesures judiciaires de protection de l'union conjugale du 16 février 2000 et le divorce prononcé le 21 décembre 2001 [AI pces 26 et 33]), en raison de la violence notamment physique de son ex-mari. Il est donc, selon l'experte, tout à fait envisageable que la personnalité de l'assurée eût décompensé en présentant de multiples symptômes somatiques et psychotiques en 1998, dans une période précédant cette décision de séparation mais qu'il n'y a aujourd'hui aucune séquelle à caractère invalidant en lien avec cette séparation (AI pce 233 p. 3). L'experte a ajouté que la Dresse C.\_\_\_\_\_ a mentionné dans son rapport médical du 26 novembre 2010 que l'assurée a interrompu le suivi psychiatrique en 2009 et qu'elle ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique qui justifierait une invalidité permanente. L'experte a aussi considéré qu'aucun fait nouveau pouvant justifier une aggravation de l'état de santé n'est intervenu depuis lors. La Dresse G.\_\_\_\_\_ a donc fixé l'amélioration de l'état de santé psychiatrique à la fin du suivi psychiatrique en 2009 (AI pce 199 p. 7).

**10.2.2** Le TAF ne peut pas suivre les conclusions de la Dresse G.\_\_\_\_\_ et, partant celles de l'OAIE qui s'y fonde.

En effet, l'experte atteste que l'assurée présente toujours un trouble somatoforme et a rapporté que celle-ci se plaignait de différentes douleurs permanentes d'intensité fluctuante sur différentes parties du corps (AI pce 199 p. 5), la rendant, selon l'assurée, incapable de faire les travaux du ménage et du repassage ou de pratiquer le vélo (p. 5 du rapport). L'experte a aussi indiqué que le discours de l'assurée est souvent plaintif, grevé de multiples critiques face aux membres de son entourage et que les symptômes allèguent une importante souffrance (pp. 6 s.). Or, lors de l'octroi initial de la rente, l'assurée souffrait déjà de somatisation et d'un trouble hypochondriaque, proches du syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr M.\_\_\_\_\_ avait alors déjà noté, certes d'une façon très prononcée, que l'entier du discours de l'assurée était focalisé sur un corps souffrant, perclus de douleurs et de troubles fonctionnels touchant les

différents systèmes, la rendant – avec le trouble psychotique également noté – grandement invalide (AI pce 65 p. 31). Le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 25 avril 1999, également déterminant en 1999, a aussi été axé sur les douleurs alléguées par la recourante (cf. AI pce 65 pp. 39 s.). Il appert donc que la Dresse G. \_\_\_\_\_ en ayant évalué la capacité résiduelle de travail relative au syndrome douloureux somatoforme persistant selon les critères jurisprudentiels en vigueur depuis 2004, n'a pratiqué qu'une nouvelle appréciation du trouble somatoforme dont l'assurée souffre depuis l'octroi initial de la rente. Lorsque cette experte mentionne que ce trouble n'est aujourd'hui pas reconnu comme invalidant en l'absence d'une comorbidité psychiatrique majeure (AI pce 233 p. 3), il sied de rappeler que la révision ne constitue pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente et que la jurisprudence établie en 2004 ne justifie pas – comme en l'occurrence – l'adaptation d'une rente en cours (cf. consid. 6.3 ci-dessus). Dès lors, le TAF constate que l'amélioration attestée par la Dresse G. \_\_\_\_\_ sur la base de cette jurisprudence n'est pas établie. Du reste ladite jurisprudence est révoquée depuis les ATF 141 V 281 ; l'existence d'une comorbidité psychiatrique n'est notamment plus exigée et les arguments de la Dresse G. \_\_\_\_\_ y relatifs ne sont pas concluants (cf. consid. 6.4 ci-dessus). Si le TAF admet qu'une certaine amélioration de l'état psychiatrique de l'assuré depuis 1999 peut ressortir du dossier au vu des rapports du 7 décembre 2005 du Dr T. \_\_\_\_\_ et du 26 novembre 2010 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ – le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé dans ses avis que la description clinique du trouble paraissait moins sévère (consid. 8.3 ci-dessus) – ainsi que du rapport de la Dresse G. \_\_\_\_\_ qui notamment n'a plus constaté un trouble psychotique, le Tribunal ne peut pas confirmer, en l'état du dossier, que l'assurée, souffrant toujours d'un trouble douloureux somatoforme, ne présente plus aucune incapacité de travail et que son état s'est modifié notablement au sens de l'art. 17 LPGA.

**10.3** Le dossier est donc lacunaire d'un point de vue somatique et psychiatrique et, en l'état, une appréciation convaincante de la capacité résiduelle de travail de l'assurée et d'une éventuelle amélioration de son état de santé n'est pas possible ; à ce sujet, la vraisemblance prépondérante est exigée (consid. 7.4 ci-dessus). Il est en outre précisé que les différents rapports médicaux versés par la recourante ne permettent pas non plus de se prononcer valablement sur ces questions ; il apparaît d'emblée qu'ils ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles particulières (cf. consid. 7.3.2 ss ci-dessus). Vu l'issue, il est du reste superflue de prendre position sur la critique de la recourante que la Dresse G. \_\_\_\_\_ ne l'aurait examinée que durant un quart d'heure (voir cependant AI pce 199 p. 12).

## 11.

**11.1** Au vu de ce qui précède, il appert que la décision contestée a été rendue sur la base d'une instruction du dossier incomplète. Il sied donc d'admettre le recours, d'annuler la décision contestée et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction et rende une nouvelle décision.

Le renvoi est indiqué en l'espèce conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral bien qu'il soit exceptionnel et la procédure soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C\_633/2014 cité consid. 3.2). Tel est le cas en l'occurrence, le dossier étant lacunaire sur le plan médical et la suppression de la rente prononcée par révision au sens de l'art. 17 LPGA ne peut ni être confirmée ni rejetée.

**11.2** Concrètement, l'OAIE devra organiser une nouvelle expertise médicale en Suisse, évaluant les problèmes somatiques et psychiatriques de l'assurée et une éventuelle amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail depuis 1999. Eu égard aux considérants susmentionnés, la capacité résiduelle de travail de l'assurée ne peut pas être déterminée sur la base de critères définis par la nouvelle jurisprudence. De plus, une éventuelle amélioration doit être établie selon la vraisemblance prépondérante déterminante. Dans la mesure où la recourante a demandé à titre subsidiaire une nouvelle expertise médicale portant tant sur ses affections psychiatriques que somatiques (TAF pce 7), il est donné suite à cette conclusion. Les frais de cette expertise seront pris en charge par l'assurance-invalidité qui remboursera comme auparavant déjà les éventuels frais de l'assurée, tels les frais de voyage et d'hôtel (cf. art. 45 al. 1 et 2 LPGA et art. 78 al. 3 RAI). La requête de l'assurée qui pour des motifs financiers a demandé à ce que l'expertise aura lieu au Portugal est ainsi mal fondée, une expertise en Suisse garantissant d'ailleurs mieux le respect des exigences jurisprudentielles particulières.

**11.3** Selon le résultat de l'expertise médicale, l'OAIE évaluera si l'assurée qui a touché une rente depuis le 1<sup>er</sup> mars 1998 peut valoriser

économiquement sa capacité résiduelle de travail retrouvée compte tenu de la jurisprudence selon laquelle il est de règle générale présumé qu'une personne assurée qui au moment de la suppression de rente a bénéficié d'une rente depuis 15 ans au moins ou qui est âgée de 55 ans révolus a besoin des mesures d'ordre professionnel préalables (cf. ATF 141 V 5 consid. 4; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2, 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4, 9C\_614/2013 du 2 décembre 2013 consid. 6, 9C\_254/2011 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.2 et 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220, 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.1.2 et 5.2.2).

L'Office rendra ensuite une nouvelle décision.

## 12.

**12.1** Il n'est pas perçu de frais de procédure, la recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale (TAF pce 5) et l'office intimé ne devant pas les prendre en charge au sens de l'art. 63 al. 2 PA.

**12.2** Me Bossicard ayant été nommé avocat d'office, son indemnité doit en principe être fixée eu égard à l'art. 65 al. 3 PA qui renvoie à cette fin à l'art. 64 al. 2 à 4 PA. Les art. 7 à 15 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) sont de règle générale également déterminants (cf. art. 65 al. 5 PA et art. 16 let. a LTAF).

Toutefois, il sied de considérer que l'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 al. 1 et 2 FITAF stipulent que la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Or, en l'espèce, la recourante est réputée avoir obtenu gain de cause suite au renvoi de l'affaire à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1, 132 V 215 consid. 6.2). Dès lors, la recourante a droit à une indemnité pour dépens à charge de l'OAIE (cf. art. 64 al. 2 PA), censée couvrir les frais de son avocat (cf. art. 8 al. 1 FITAF; cf. aussi ATF 124 V 301 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral U 63/04 du 3 octobre 2006 consid. 2.2; MARTIN KAYSER, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, 2<sup>ème</sup> édition 2016, art. 65 n° 38 p. 848; MARCEL MAILLARD, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG), 2008, art. 65, n° 46 p. 1344; JÖRG SEILER, Bundesgerichtsgesetz (BGG), 2<sup>ème</sup> édition 2015, art. 64, n° 50 p. 245).

Selon l'art. 14 al. 2, 2<sup>ème</sup> phrase FITAF, à défaut d'un décompte, le Tribunal fixe les dépens et l'indemnité des avocats commis d'office sur la base du dossier. Ainsi, les dépens sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'occurrence, compte tenu des affaires similaires, il apparaît équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens de 2'800 francs. Il est rappelé que la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (cf. art. 1<sup>er</sup> et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]; arrêts du TAF C\_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

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

**1.**

La décision du 14 avril 2015 est annulée et le recours admis partiellement.

**2.**

Le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**4.**

L'autorité inférieure versera à la recourante une indemnité à titre de dépens de 2'800 francs.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ...; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :