



## Arrêt du 28 juin 2022

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Caroline Bissegger, Viktoria Helfenstein, juges,  
Barbara Scherer, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (Tunisie),  
représentée par Maître Marie-Josée Costa, Etude Costa,  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité, révision et suppression du droit à la  
rente (décision du 4 décembre 2019).

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : assurée ou recourante) – ressortissante suisse née le (...) 1981, mère d'un enfant né le (...) 2013 – est au bénéfice d'un certificat de capacité d'employée de bureau (AI pce 12 p. 3). Elle a travaillé à 100% au sein de l'administration fédérale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (questionnaire pour l'employeur du 3 septembre 2014; AI pce 14). A compter du 27 août 2013, elle a été en incapacité de travail (cf. notamment : AI pce 9).

En date du 26 juin 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI du canton B.\_\_\_\_\_ (ci-après : Office AI cantonal; AI pce 57 pp. 14 ss). Par décisions des 16 octobre (concernant la période à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2015) et 5 novembre 2015 (concernant la période du 1<sup>er</sup> décembre 2014 au 31 octobre 2015), l'Office cantonal a octroyé une rente d'invalidité entière et une rente pour enfant liée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014 (AI pces 68, 71 et 72), remarquant que le service médical régional (ci-après : SMR) avait reconnu une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle (AI pce 71). Concrètement, le médecin du SMR a relevé dans son rapport du 26 juin 2015 des atteintes d'arthrite psoriasique et un état dépressif sévère et attesté que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une activité adaptée n'était pas non plus possible en raison des limitations fonctionnelles secondaires à l'état dépressif (AI pce 54).

Le 26 mai 2016, l'assurée a annoncé son départ prochain pour la Tunisie (AI pce 75 s.) et son dossier a à la suite été transféré à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE; AI pce 80).

**B.**

**B.a** En août 2018, l'OAIE a initié une révision du droit à la rente (AI pce 90) au cours de laquelle il a en particulier requis une expertise bi-disciplinaire rhumatologique (Dr C.\_\_\_\_\_) et psychiatrique (Dre D.\_\_\_\_); cf. notamment courrier du 21 janvier 2019 à l'assurée; AI pce 104). Les experts, dans leurs rapports respectifs des 26 juin et 13 août 2019 (AI pces 122 et 131), ont à titre principal diagnostiqué un rhumatisme psoriasique, une gonarthrose et une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.3) avec traits antisociaux (F60.2; AI pce 122 pp. 13 s. et pce 131 pp. 27 s.) et conclu que l'assurée présentait une incapacité de travail de 40% à partir de la date de l'expertise, le 2 mai 2019, dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée (AI pce 122 pp. 19 ss et

pce 131 pp. 39 ss). L'OAIE a soumis l'expertise médicale au SMR qui a confirmé les conclusions des experts (prise de position SMR du 26 août 2019; AI pce 135) et requis une évaluation économique de l'invalidité (évaluation du 10 octobre 2019; AI pce 142).

**B.b** Par projet de décision du 14 octobre 2019, l'OAIE a informé l'assurée qu'il était d'avis qu'il n'existait plus aucun droit à une rente. En substance, il a exposé qu'il était apparu des expertises rhumatologique et psychiatrique que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et que son service médical avait constaté dès le 2 mai 2019 (date des consultations médicales en Suisse) une incapacité de travail de 40% pour toutes activités ce qui correspond à une perte de gain de 40%. Selon l'OAIE, la rente devait donc être révisée en vertu de l'art. 17 LPGA. De plus, vu le domicile de l'assurée en Tunisie et le non-versement de rentes correspondant à un taux entre 40% et 49% aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en dehors de la Suisse ou de l'UE/AELE, il n'existait plus aucun droit à une rente d'invalidité. L'Office a par ailleurs avancé qu'un traitement psychiatrique bien conduit permettrait une amélioration clinique de la capacité de travail, le traitement, exigible, étant toutefois de très longue durée (AI pce 143).

**B.c** L'assurée s'est opposée à ce projet de décision le 10 novembre 2019 (AI pce 147). Elle a indiqué souffrir d'un psoriasis sanguinolent au niveau des mains et des genoux dont les articulations étaient enflées en permanence et que la maladie la handicapait au quotidien d'où sa dépression. Elle a aussi avancé que sa vie sociale et familiale était devenue un « enfer » et que malgré les nombreux traitements suivis, le psoriasis avait évolué et que, de plus, elle avait subi des effets secondaires et notamment été contrainte à avorter en raison d'un risque (pour l'enfant). L'assurée a enfin sollicité être à nouveau examinée d'un point de vue psychiatrique et rhumatologique ainsi que d'un point de vue dermatologique et gynécologique. A l'appui de son opposition, elle a produit, aussi ultérieurement, le 17 novembre 2019, des photographies de son atteinte psoriasique (AI pces 146 et 150).

**B.d** Invité à se déterminer sur l'opposition, le Dr E. \_\_\_\_\_, psychiatre de l'OAIE, a conclu qu'il n'existait pas d'éléments permettant de s'éloigner des conclusions de l'expertise psychiatrique qui bénéficiait de pleine valeur probante (prise de position du 25 novembre 2019; AI pce 151).

**B.e** Par décision du 4 décembre 2019, l'OAIE a supprimé la rente entière allouée à l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, mentionnant la motivation du projet de décision

et le résultat de la procédure d'audition. Il a aussi avancé que de nouveaux examens médicaux n'étaient pas nécessaires, les atteintes à la santé étant suffisamment documentées. L'effet suspensif à un éventuel recours a été retiré (Al pce 152).

### **C.**

**C.a** Le 21 janvier 2020, l'assurée, représentée, a interjeté recours auprès du Tribunal de céans (ci-après : le Tribunal ou TAF) contre la décision précitée, concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours, et, au fond, sous suite de dépens, principalement, à l'annulation de la décision et au maintien de sa rente entière au-delà du 31 janvier 2020 ainsi que, subsidiairement, à la mise en place d'une expertise multidisciplinaire judiciaire. Sur le fond du recours, la recourante a contesté l'existence d'une amélioration de sa santé au sens de l'art. 17 LPGA et prétendu pour l'essentiel que les experts avaient fait état d'une nouvelle appréciation de sa situation. L'expert rhumatologue aurait même relevé une aggravation de ses affections et, du reste, observé d'autres atteintes qui n'existaient pas au moment de l'octroi initial de la rente. La recourante a aussi soutenu que l'experte psychiatrique avait été d'avis que la capacité de travail devait être atteinte progressivement avec des mesures de réadaptation et un accompagnement et qu'elle ne serait dès lors pas effective au jour de son examen le 2 mai 2019 (TAF pce 1). La recourante a encore produit, outre des pièces déjà au dossier, un certificat médical du 16 janvier 2020 de la Dre F.\_\_\_\_\_, psychiatre, une prescription médicamenteuse du 17 janvier 2020 de ce médecin, une attestation du 17 janvier 2020 de dépôt d'une affaire judiciaire contre son mari pour violence conjugale ainsi qu'une photo (TAF pce 1 annexes 18 à 20).

**C.b** Par décision incidente du 24 février 2020, le Tribunal a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif au recours (TAF pce 7).

**C.c** Le 20 avril 2020, le TAF a répondu au courriel de la recourante du 3 avril 2020 (TAF pce 10), précisant en particulier que sa mandataire savait l'informer, le cas échéant, sur la possibilité de déposer une demande d'assistance judiciaire si sa situation financière devait entraver son accès à la justice (TAF pce 12).

**C.d** Dans sa réponse du 20 avril 2020, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a notamment avancé que l'expertise bi-disciplinaire réalisée le 2 mai 2019, complète et bénéficiant de valeur probante, ferait état d'une amélioration de l'état de santé de la

recourante si bien qu'il était fondé à une nouvelle appréciation de la capacité de travail de celle-ci dont résultait une incapacité de travail de 40% et un taux d'invalidité de 40% pour toutes activités. L'OAIE a par ailleurs remarqué que les nouveaux documents produits par la recourante ne permettaient pas de revenir, voire de nuancer les conclusions déjà établies (TAF pce 11). A sa réponse, l'OAIE a joint la prise de position du 27 mars 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_, psychiatre travaillant pour l'OAIE, et la prise de position du 15 avril 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine physique et réadaptation (TAF pce 11 annexes 3 et 5).

**C.e** Par réplique du 28 mai 2020 (TAF pce 15) et duplique du 3 juillet 2020 (TAF pce 17), les parties, maintenant leurs arguments, ont persisté dans leurs conclusions. La recourante a par ailleurs souligné que le Dr G.\_\_\_\_\_ avait confirmé l'existence d'une péjoration de son état de santé telle que constatée par le Dr C.\_\_\_\_\_ mais que le Dr E.\_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur l'existence d'une modification de la situation psychiatrique. Elle a, de plus, joint un certificat médical du 27 mai 2020 de la Dre F.\_\_\_\_\_, un certificat médical du 25 mai 2020 du Dr H.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et un certificat médical du 21 mai 2020 du Dr I.\_\_\_\_\_, dermatologue (TAF pce 15 et annexes). L'OAIE de son côté a produit une réponse du 16 juin 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_ et une prise de position du 26 juin 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_ (TAF pce 17 annexes 2 et 4).

**C.f** Dans le courriel du 22 juillet 2020 adressé au Tribunal, la recourante a réitéré que son état de santé ne s'était pas amélioré et contesté que l'OAIE pouvait alors supprimer sa rente. Elle a aussi mentionné qu'en avril, elle avait fait une tentative de suicide et qu'elle se retrouvait seule, sans son enfant qui vivait avec son père, et qu'elle avait besoin du soutien financier de ses parents (TAF pce 19).

La recourante a encore mentionné le 24 août 2021, qu'elle était revenue en Suisse, vu la dégradation de son état de santé et les soins nécessaires (TAF pce 21).

Le 8 novembre 2021, le dossier de la recourante a été communiqué à la caisse de pension sur la demande de celle-ci (TAF pces 23 et 24).

Par courrier du 21 janvier 2022, la recourante s'est enquis de la date d'un prochain jugement et a indiqué que son état de santé continuait de se dégrader, se trouvant éloignée de son enfant et dans la précarité (TAF pce 26).

**D.**

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

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

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. La jurisprudence a précisé que l'élément déterminant est le domicile de la recourante à l'étranger au moment de l'introduction du recours (ATF 100 V 53 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 2; cf. MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 69 n° 3; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3<sup>e</sup> éd. 2014, art. 69 n° 2) ce qui était le cas en l'occurrence, l'assurée ayant alors habité en Tunisie. Partant, le TAF est compétent pour connaître le présent recours.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

**1.3** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.4** Le recours ayant par ailleurs été déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais d'un montant de 800 francs été versée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA et art. 69 al. 2 LAI; TAF pces 2, 4 et 6), il se révèle recevable.

**2.**

L'objet du présent litige porte sur le droit de la recourante au maintien de la rente d'invalidité entière, allouée depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2014, et, partant, sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a supprimé la rente en raison d'un nouveaux taux d'invalidité de 40% lequel n'ouvre plus droit à une rente du fait du domicile et de la résidence habituelle de l'assurée en Tunisie, au moins au moment où la décision attaquée du 4 décembre 2019 a été rendue.

**3.**

A titre préalable, la Cour de céans rappelle ci-après des règles essentielles de procédure, puis le cadre légal régissant le droit à une rente d'invalidité et sa révision.

**3.1** Dans la mesure où la recourante est une ressortissante suisse qui a travaillé plusieurs années en Suisse et était domiciliée en Tunisie, au moins lorsque la décision attaquée a été rendue, la cause présente un aspect transfrontalier. La convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Tunisie, signée le 25 mars 2019, n'a pas encore été approuvée des parlements des deux pays et, partant, n'est pas encore en vigueur (cf. message du 18 août 2021 du Conseil fédéral concernant la convention de sécurité sociale conclue avec la Tunisie, consulté sur internet le 7 avril 2022). A défaut d'une convention, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité suisse ainsi que les règles de procédure s'examinent en l'espèce exclusivement en application du droit suisse.

**3.2** Sur le plan procédural, l'art. 49 PA prescrit que la recourante peut invoquer devant le Tribunal la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c). Le TAF jouit ainsi du plein pouvoir d'examen.

**3.3** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPG; ATF 138 V 218 consid. 6). Le Tribunal de céans définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd. 2011, ch. 2.2.6.3). De surcroît, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que

dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2<sup>e</sup> éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4). Ce devoir impute en particulier aux parties l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles supporteront les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2; 125 V 193 consid. 2).

**3.4** Le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, cela sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3; 132 V 215 consid. 3.1.1; 117 V 93 consid. 6b). Par conséquent, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), ne sont pas applicables dans le cas concret.

En outre, le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b). En l'occurrence, une éventuelle aggravation de l'état de l'assurée depuis la décision contestée, telle qu'avancée par celle-là, ne sera donc pas examinée. De plus, la documentation médicale versée en la cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit jusqu'au 4 décembre 2019 (cf. 130 V 445 consid. 1.2.1; 121 V 362 consid. 1b; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**3.5** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2003 3852; FF 2001 3045), 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 réadaptations exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>e</sup> phrase, LPGA).

**3.6** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a),
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b),
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

**3.7** Selon l'art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus selon laquelle le revenu que la personne aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2; TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

**3.8** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. Au regard de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse.

**3.9**

**3.9.1** Selon l'art. 17 LPGA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3371), 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.

**3.9.2** Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1; 141 V 9 consid. 2.3; 134 V 131 consid. 3; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 145 V 141 consid. 7.3.1; 133 V 545 consid. 6.1; MICHEL VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n<sup>os</sup> 11 ss). 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 147 V 167 consid. 4.1; 141 V 9 consid. 2.3 et 6.3.2; 115 V 308 consid. 4a/bb; TF 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées; VALTERIO, op. cit., art. 31 n<sup>o</sup> 11).

**3.9.3** Pour examiner si une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA est survenue, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1; 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références citées).

**3.10** Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de la personne assurée 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 maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

**3.11** La diminution ou la suppression de la rente (...) prend effet normalement au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI).

**3.12** Selon la jurisprudence, la reconnaissance 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 (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 2; TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2; 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Depuis le 30 novembre 2017, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1), les troubles dépressifs de degré léger ou moyen inclus (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.), et dès le 11 juillet 2019 aussi les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215), doivent en règle générale faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'évaluer le droit de la personne concernée à obtenir une rente d'invalidité. Cette procédure tient compte, d'une part, des facteurs d'incapacité et, d'autre part, des ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent, de plus, être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal fédéral a conçu le catalogue d'indicateurs suivant, classés en deux catégories (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) :

1. Catégorie "*degré de gravité fonctionnel*"

1.1. Complexe "*atteinte à la santé*"

1.1.1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard

1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

1.1.4. Comorbidités

1.2. Complexe "*personnalité*" (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles)

1.3. Complexe "*contexte social*".

2. Catégorie "*cohérence*" (point de vue du comportement)

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

2.2. Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

#### **4.**

Pour examiner en l'espèce si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors du prononcé des décisions d'octroi de la rente des 16 octobre et 5 novembre 2015 – dernier examen matériel du droit à la rente entré en force – avec ceux existant à la date de la décision litigieuse du 4 décembre 2019 (cf. consid. 3.9.3). Dans un premier temps, le TAF déterminera la situation prévalant les 16 octobre et 5 novembre 2015 (cf. consid. 5). Il examinera ensuite celle du 4 décembre 2019 (consid. 6 et 7) pour la comparer à la situation antérieure (consid. 7.6.2 ss).

#### **5.**

**5.1** Statuant par décisions des 16 octobre et 5 novembre 2015, l'Office AI cantonal s'est fondé sur l'avis du SMR (AI pces 71 s.). Concrètement, le Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu dans son rapport du 26 juin 2015 (AI pce 54) des atteintes d'arthrite psoriasique et un état dépressif sévère et conclu que dès le 27 août 2013 l'activité habituelle n'était plus possible et qu'une activité adaptée n'était à ce moment-là pas non plus exigible en raison des limitations fonctionnelles secondaires à l'état dépressif. Il a aussi remarqué que le psoriasis a échappé à beaucoup de traitements. Au regard des limitations fonctionnelles, le médecin du SMR a mentionné sur le plan somatique la nécessité d'alterner des positions assises et debout ainsi que des activités qui n'impliquaient pas de devoir se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, d'être accroupi ou à genoux, de monter sur une échelle/échafaudage ou de monter les escaliers, de porter de charges et d'utiliser un clavier. De plus, d'un point de vue psychique, il a indiqué une grande fragilité psychologique, une difficulté à gérer le stress, des troubles cognitifs avec diminution des capacités de concentration et d'attention, un effondrement des ressources d'adaptation, une absence de consciences de morbidité, une difficulté à organiser le temps, à gérer des tâches administratives ainsi que des émotions.

**5.2** D'un point de vu psychiatrique, le médecin du SMR s'est référé au rapport du 23 juin 2015 de la Dre K. \_\_\_\_\_, psychiatre, que l'assurée avait consultée depuis janvier 2015 (AI pce 50). Cette spécialiste a posé le

diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31; depuis 2013), et, sans effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen (F32.11; depuis 2013) ainsi que de psoriasis avec probable atteinte articulaire. Le médecin a indiqué que des fluctuations thymiques dans le cadre d'un trouble borderline sont apparues pendant l'adolescence et que l'assurée a présenté une symptomatologie dépressive après l'accouchement (en 2013). Elle a décrit depuis plusieurs années une envie de pleurer, des difficultés à gérer les frustrations, des phases de tristesse profonde, une forte anxiété en rapport avec les circonstances (problèmes financiers, relations interpersonnelles, réduction de l'autonomie physique, perte de la qualité de vie suite à l'aggravation du psoriasis et au manque d'efficacité des traitements essayés aux effets indésirables), de l'impulsivité, une conduite auto-dommageable, un sentiment de honte en raison de l'apparition des lésions psoriasiques qui se sont aggravées depuis mi-2013 et réduisaient les interactions sociales, des douleurs perturbant le sommeil, un sentiment par moment de désespoir avec des idées noires face aux difficultés à gérer le quotidien. Elle a aussi relevé que l'assurée ne pouvait pas faire son ménage régulièrement, le contact de l'eau lui étant pénible (sensation de brûlure), l'utilisation de gants augmentant le prurit et qu'elle ne pouvait pas plier les mains, et qu'elle avait un sentiment d'incapacité d'effectuer des tâches administratives et un apragmatisme marqué ; toute l'énergie était mobilisée pour s'occuper de son enfant. La psychiatre a encore indiqué que l'assurée suivait une thérapie cognitivo-comportementale ainsi qu'un traitement par antidépresseurs mais que le pronostic était réservé, la thérapie ne permettant pas, selon l'appréciation de la psychiatre, d'acquérir une capacité de travail puisque l'affection était cristallisée. Au final, la Dre K. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale depuis le 22 janvier 2015 et décrit les limitations que le médecin du SMR avait retenues pour l'essentiel.

**5.3** Sur le plan somatique, le Dr J. \_\_\_\_\_ s'est basé principalement sur le rapport du 10 mars 2015 de la Dre L. \_\_\_\_\_, rhumatologue (AI pce 39) laquelle a été consultée les 13 janvier et 3 février 2015 et a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un psoriasis cutané de longue date, très actif depuis plus de deux ans aux mains, coudes et genoux d'allure mixte, ainsi qu'une suspicion d'arthrite psoriasique. Elle a décrit les limitations fonctionnelles telles que retenues pour l'essentiel par le médecin du SMR et estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible lorsqu'elle avait vu l'assurée et que celle-ci ne pouvait plus utiliser ses mains. En revanche, elle a aussi mentionné que les restrictions pouvaient être réduites si on trouvait un traitement efficace contre le psoriasis.

Dans le dossier se sont aussi trouvés les rapports des 7 juillet 2014 et 4 février 2015 du Dr M.\_\_\_\_\_, dermatologue (AI pces 2 et 18). Ce médecin a diagnostiqué un psoriasis palmo-plantaire chronique et rapporté le traitement instauré. Il a en outre observé des limitations de l'utilisation des mains lors des activités physiques, des difficultés à taper au clavier d'ordinateur ou à saisir des objets. Dans son premier rapport du 7 juillet 2014, il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 28 août 2013 et préconisé une reprise de travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014. Il a également été d'avis que la capacité de travail était limitée dans l'activité habituelle et que l'assuré ne pouvait plus travailler que 5 heures par jour et devait éviter les manipulations avec les mains (AI pce 2). Dans son 2<sup>e</sup> rapport du 4 février 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ a toujours mentionné une incapacité de travail totale mais a noté qu'un examen médical complémentaire était indiqué afin d'évaluer les conséquences de l'atteinte sur sa capacité de travail de l'assurée (AI pce 18). Dans le courriel du 22 décembre 2014, celle-ci a d'ailleurs informé que ce spécialiste aurait estimé qu'elle pouvait travailler malgré sa maladie [dermatologique] et qu'elle devrait consulter pour le suivi un-e rhumatologue (AI pce 28).

L'Office AI avait encore recueilli le rapport du 29 décembre 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, qui a été consulté par l'assurée le 23 décembre 2014 en l'absence de ses médecins traitants (AI pce 33 p. 2). Il a indiqué que l'assurée était suivie par le Dr M.\_\_\_\_\_ pour un psoriasis important semblait-il « rebelle » aux traitements classiques ainsi que par une rhumatologue pour une possible arthrite psoriasique. De plus, il a relevé qu'il était convaincu qu'avec un traitement efficace l'assurée pouvait poursuivre son activité de gestionnaire et qu'une demande de réadaptation professionnelle n'avait donc pas de sens.

**5.4** L'Office AI ayant retenu selon l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, il a accordé à l'assurée une rente d'invalidité entière. Sur le plan économique, le questionnaire pour l'employeur du 3 septembre 2014 a encore été versé en cause lequel contenait un descriptif du poste de travail de l'assurée. L'employeur avait aussi récapitulé les périodes d'incapacités de travail (AI pce 14).

**5.5** En conclusion, la rente d'invalidité initiale a été accordée pour un trouble psychiatrique, soit un état dépressif sévère selon le Dr J.\_\_\_\_\_, respectivement, selon la Dre K.\_\_\_\_\_, une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et un d'épisode dépressif moyen (F32.11). Le médecin du SMR et la spécialiste psychiatrique ont attesté pour ces atteintes une incapacité de travail totale

dans toute activité ce qui a donné droit à une rente d'invalidité entière. L'assurée souffrait encore, selon le Dr J.\_\_\_\_\_, d'une arthrite psoriasique alors que la Dre L.\_\_\_\_\_ avait observé un psoriasis cutané de longue date et une suspicion d'arthrite psoriasique. Le médecin du SMR a retenu pour l'essentiel les limitations fonctionnelles décrite par la rhumatologue mais ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée, l'atteinte psychique ayant été prépondérante. Si la capacité de travail d'un point de vue somatique n'avait donc pas été déterminée, il ressort du dossier que le Dr M.\_\_\_\_\_ avait attesté au moins dans un premier temps et pour la période initiale, dès le 28 août 2013, une incapacité de travail totale de longue durée et que la Dre L.\_\_\_\_\_ a indiqué ultérieurement que l'assurée ne pouvait pas poursuivre son activité habituelle et utiliser ses mains. Les Drs L.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont du reste mentionné que la capacité de travail pouvait être améliorée avec un traitement efficace contre le psoriasis.

## 6.

Il sied d'examiner la situation au 4 décembre 2019 lorsque la décision querellée a été prise (cf. consid. 4). L'OAIE disposait des nouvelles pièces qui ont été versées en cause suite à la procédure de révision introduite en août 2018.

**6.1** Dans un premier temps, ont été portés au dossier les documents ci-après :

- les résultats de l'échographie des deux mains pratiquée le 13 septembre 2013 en raison d'antalgies psoriasiques et pour la recherche de signes de synovite, signés par le Dr O.\_\_\_\_\_ (AI pce 116) ;
- les résultats de l'électroneuromyographie du 10 décembre 2013 et le rapport du 11 décembre 2013 du Dr P.\_\_\_\_\_ y relatif (AI pces 117 et 118) ;
- un questionnaire à l'assurée pour la révision de la rente, rempli et signé le 20 septembre 2018 où celle-là mentionne qu'aucun traitement médical n'est en cours et qu'elle n'exerce aucune activité lucrative (AI pce 94) ;
- un rapport du 26 septembre 2018 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lequel note l'existence d'un rhumatisme psoriasique toujours évolutif sur le plan cutané et articulaire (AI pce 95 p. 2) ;
- un certificat médical du 28 septembre 2018 du Dr Q.\_\_\_\_\_, psychiatre, retenant un trouble psychopathologique lié étroitement à la maladie psoriasique et indiquant que l'état de santé mental nécessite un suivi régulier et rapproché ; une prescription médicale du même jour est jointe (AI pce 95 pp. 1, 4 et 5) ;

- une prise de position du 10 décembre 2018 du Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR, spécialisé en médecine physique, de réhabilitation et de rhumatologie (AI pce 99) ;
- des examens de laboratoire du 2 mai 2019 (AI pce 120) ;
- les résultats du 3 mai 2019 de la radiographie des genoux, des avant-pieds, des mains et du poignet gauche, signés par la Dre S.\_\_\_\_\_ ; ce médecin relève notamment de petites érosions au niveau des pieds et des mains et conclue que ces modifications sont compatibles avec une maladie d'arthropathie, par exemple un psoriasis (AI pce 119) ;
- un rapport d'expertise du 26 juin 2019 du Dr C.\_\_\_\_\_ (rhumatologue) lequel conclut depuis la date de l'expertise qui a eu lieu le 2 mai 2019 à une incapacité de travail actuelle de 40% dans l'activité antérieure et de 20% dans une activité adaptée ; l'expert est du reste d'avis qu'en 2015 aucune incapacité de travail durable n'existait sur le plan rhumatologique (AI pce 122) ; divers tests d'auto-appréciation du 2 mai 2019 de la mobilité des membres supérieurs et inférieurs et de la douleur que l'assurée a remplis sont joints (AI pce 121) ;
- un rapport d'expertise du 13 août 2019 de la Dre D.\_\_\_\_\_ (psychiatre) laquelle note que l'état de santé est superposable à la situation présente en 2015 et atteste une incapacité de travail de 40% dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée, non soumise à de trop fortes exigences de rentabilité et permettant à l'assurée de s'isoler quelque peu (pas d'open-space; AI pce 131) ;
- une appréciation interdisciplinaire et consensuelle du 17 mai 2019 des Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ qui concluent que l'assurée présente dès l'expertise, le 2 mai 2019, une incapacité de travail de 40% dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée (AI pce 122 pp. 19 ss et pce 131 pp. 39 ss) ;
- un rapport du 26 août 2019 du Dr R.\_\_\_\_\_ lequel confirme les conclusions des experts et retient les limitations fonctionnelles ; il est aussi d'avis que les troubles ainsi que la capacité de travail peuvent s'améliorer moyennant un traitement psychiatrique bien conduit et de très longue durée lequel serait exigible (AI pce 135) ;
- une évaluation du taux d'invalidité du 10 octobre 2019 de l'OAIE mentionnant qu'il n'est pas nécessaire d'établir une évaluation de l'invalidité par comparaison de revenus, l'assurée présentant selon le SMR une incapacité de travail de 40% dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée (AI pce 142) ;

- des photos de la main gauche, des genoux et des coudes de l'assurée faisant état de l'atteinte psoriasique (AI pces 146 et 150) ;
- une prise de position du 25 novembre 2019 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie travaillant pour l'OAIE ; ce médecin note que l'expertise psychiatrique de la Dre D. \_\_\_\_\_ est de bonne qualité et a de valeur probante ; il précise qu'il n'existe pas d'éléments psychiatriques permettant de s'éloigner des conclusions de l'expertise et des incapacités de travail retenues (AI pce 151).

**6.2** Dans le cadre de la présente procédure de recours, ont été versés en cause les nouveaux documents suivants :

- un certificat médical du 16 janvier 2020 de la Dre F. \_\_\_\_\_, psychiatre qui fait état des antécédents et observe une humeur triste mais réactive, un discours centré sur des problèmes familiaux et une procédure de divorce en cours, une insomnie, des troubles de comportement alimentaire et des plaintes somatiques ; une prescription médicale du lendemain est jointe (TAF pce 1 annexe 18) ;
- une attestation du 17 janvier 2020 du dépôt d'une affaire judiciaire par l'assurée contre son mari pour violence conjugale (TAF pce 1 annexe 19) ;
- une photo (TAF pce 1 annexe 20) ;
- une prise de position du 27 mars 2020 du Dr E. \_\_\_\_\_, indiquant que le rapport médical de la Dre F. \_\_\_\_\_ faisant état d'informations connues dont l'expertise psychiatrique avait tenu compte (TAF pce 11 annexe 3) ;
- une prise de position du 15 avril 2020 du Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine physique et réadaptation ; ce médecin avance notamment que les photos fournies par l'assurée ne montrent pas d'aggravation des lésions connues ni de nouvelles lésions (TAF pce 11 annexe 5) ;
- un certificat médical du 21 mai 2020 du Dr I. \_\_\_\_\_, dermatologue, faisant état d'un psoriasis en plaque occupant la totalité du dos de la main et du poignet gauche, de quelques petites plaques de psoriasis avec des stigmates importants de grattage au dos de la main droite et d'un psoriasis en plaque important des coudes et genoux ainsi que d'arthralgies d'allure rhumatismale telle que rapportées par l'assurée ; ce spécialiste relève que le siège des lésions prédominant au dos des mains et le prurit chronique semble affecter profondément la qualité de vie de la patiente et préconise une prise en charge psychologique (TAF pce 15 annexe 3) ;
- un certificat médical du 25 mai 2020 du Dr H. \_\_\_\_\_, rhumatologue, observant un rhumatisme psoriasique avec arthrite des articulations des doigts et des poignets rendant toute activité manuelle très difficile (écriture manuelle

ou sur clavier) et préconisant une invalidité d'environ 90% (TAF pce 15 annexe 2) ;

- un certificat médical du 27 mai 2020 de la Dre F.\_\_\_\_\_ attestant qu'elle a examiné l'assurée à deux reprises et concluant que celle-ci nécessite un suivi pour un trouble dépressif récurrent et un traitement antidépresseur au long cours (TAF pce 15 annexe 1) ;
- une détermination du 16 juin 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_ lequel maintient les conclusions précédentes, soulevant que les constats de la Dre F.\_\_\_\_\_ avaient déjà été pris en compte dans le rapport d'expertise (TAF pce 17 annexe 2) ;
- une prise de position du 26 juin 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_ qui conclut qu'au regard des certificats des Drs I.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ les conclusions de l'expert rhumatologique restent valables pour le moins jusqu'en mai 2020 (TAF pce 17 annexe 4).

## 7.

**7.1** La question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est modifié depuis l'octroi de la rente conformément à l'art. 17 LPGa est litigieuse entre les parties. L'autorité inférieure, se basant sur les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire des Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ainsi que sur l'avis de ses médecins, soutient qu'une importante amélioration était survenue alors que la recourante prétend que son état s'était aggravé sur le plan somatique et que par ailleurs les experts consultés n'avaient pratiqué qu'une nouvelle appréciation de sa situation qui ne permettait pas la révision de sa rente.

## 7.2

**7.2.1** Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). La compétence des médecins consiste donc à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de la personne assurée. Il revient en effet aux organes

chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2; au niveau psychiatrique : ATF 144 V 50 consid. 4.3; TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1).

**7.2.2** L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 33).

**7.2.3** Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert-e étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition afin d'éclairer les aspects médicaux. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes, ignore des éléments essentiels ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert-e. On ne peut exclure, dans ces cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert-e par le tribunal ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

**7.2.4** 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. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les

circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; voir aussi TF 8C\_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 p. 183 ss; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11).

**7.3** 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 (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

**7.4** En l'espèce, la Cour de céans constate à titre initial que les rapports d'expertise des Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ en cause, spécialistes en leur domaine respectif, sont très approfondis et étayés (Al pces 122 et 131). En effet, les experts prennent en compte l'anamnèse, les plaintes de l'expertisée, son activité lucrative exercée auparavant, les constatations antérieures de 2015, leurs constats actuels ainsi que l'évolution des atteintes dont l'assurée souffre. Ils ont, en outre, complété leurs examens par des nouveaux examens de sang et radiologiques, des renseignements pris auprès de médecins et des tests d'auto-appréciation (Al pces 116 à 121; Al pce 122 pp. 12 ss et pce 131 pp. 5 et 12 s.). L'argumentation et les déterminations des experts sont par ailleurs exemptes de toute contradiction et leurs conclusions, aussi celles interdisciplinaires et consensuelles du 17 mai 2019, sont dûment motivées. Partant, il peut être reconnu à première analyse valeur probante aux rapports d'expertise des 26 juin et 13 août 2019.

**7.5** Il sied d'examiner si le Tribunal peut confirmer, comme l'OAIE, les conclusions des experts et attester la survenance d'une amélioration importante de l'état de santé de l'assurée.

**7.5.1** Sur le plan rhumatologique

**7.5.2** Le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail un rhumatisme psoriasique et une gonarthrose

bilatérale débutante ainsi que, sans incidence sur la capacité de travail, une périarthrite scapulo-humérale droite, un syndrome douloureux chronique diffus, un antécédent d'une lombo-sciatalgie de type S1 non déficitaire, un antécédent d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, un psoriasis cutané, une surcharge pondérale et une furonculose anamnestique (AI pce 122 pp. 13 s.). Il a exposé pour l'essentiel que l'assurée qui se plaignait de douleurs continues aux mains et aux genoux avec lâchages d'objets et dérobades des membres inférieurs a présenté un psoriasis en plaque étendu sur la main gauche et la face antérieure des genoux et des légères modifications des ongles de doigts et orteils mais sans pustulose palmo-plantaire présente. L'expert a aussi remarqué qu'en 2013, après l'accouchement, sont apparues de douleurs articulaires périphériques, dans le pouce et les doigts, avec fourmillement aux extrémités des doigts longs. L'évolution aurait été défavorable avec présence, lors de l'expertise, de lésions radiologiques articulaires aux doigts et aux orteils encore peu profondes. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a également noté que l'activité du rhumatisme était légère à modérée mais que le rhumatisme inflammatoire n'était pas en rémission. L'assurée présentait de surcroît un syndrome douloureux chronique diffus et de gonalgies occasionnelles d'origine mécanique, correspondant à un petit pincement fémoraux-tibial interne mais sans autre signe radiologique d'une arthrose. L'examen clinique a encore objectivé une périarthrite scapulo-humérale droite classique (AI pce 122 pp. 9 ss, 14 ss). Le spécialiste rhumatologique a du reste relevé que l'expertisée n'avait pas de médecin traitant en Tunisie (p. 2 du rapport) et qu'elle accomplissait durant une journée type quelques tâches ménagères et accompagnait son enfant à l'école en voiture mais que par ailleurs elle restait souvent alitée en raison de douleurs (p. 8).

**7.5.3** Comme limitations fonctionnelles, le Dr C.\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée devait éviter s'agissant des mains, l'utilisation des doigts avec des instruments fins comme dans l'horlogerie, le port régulier de charges supérieures à 2.5kg, des mouvements de rotations des poignets et le travail dans un milieu froid ou la nuit et s'agissant des membres inférieurs, la marche prolongée en terrain plat, la marche en terrain inégal, les montées et les descentes répétées d'escaliers, le travail en hauteur et à genoux. En raison d'un antécédent de lombo-sciatique, il a en outre conseillé que l'assurée respecte les règles d'hygiène du dos et évite la position assise ou debout statique continue, la flexion du tronc, penchée en avant, etc. (AI pce 122 p. 18). L'expert a ensuite conclu, en se basant sur la description du poste de travail par l'ancien employeur de l'assurée, que dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était le 2 mai 2019, au moment de l'expertise, 40%. Toutefois, dans une activité adaptée aux

limitations observées, la capacité de travail de l'assurée serait de 20% le 2 mai 2019 et que ce taux tiendrait compte d'une réduction de rendement sous la forme de pauses supplémentaires régulières de quelques minutes. Le spécialiste a précisé qu'il pouvait s'agir d'une activité de scannage, de réceptionniste, de surveillance par vidéo, etc. Il a encore avancé que le syndrome douloureux chronique diffus, la périarthrite de l'épaule et les gonalgies n'augmentaient pas les taux d'incapacité de travail (AI pce 122 pp. 17 s.).

**7.5.4** Le Dr C. \_\_\_\_\_ s'est aussi prononcé sur l'évolution de l'état de santé depuis les décisions initiales et a à ce sujet notamment tenu compte des résultats de l'imagerie médicale des 13 septembre et 10 décembre 2013 des Drs O. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ qu'il avait expressément demandés et versés au dossier (AI pces 116 à 118; AI pce 122 p. 13). Il a conclu qu'en 2013, l'absence de lésion articulaire sur les radiographies et l'absence de signes inflammatoires à l'échographie ne justifiaient pas d'incapacité de travail prolongée d'un point de vue rhumatologique et que la présence d'un syndrome du canal carpien qui avait encore été observée par le Dr P. \_\_\_\_\_ n'entraînait pas non plus une interruption de travail de longue durée. Il a estimé que les avis de décembre 2014 des Drs M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ confirmait son point de vue (AI pces 28 et 33 p. 2). Depuis lors, selon l'expert, la situation s'est toutefois péjorée puisqu'il a constaté lors de son examen que certaines articulations étaient douloureuses mais pas enflammées, ni déformées et que des radiographies objectivaient la présence d'érosions. Le diagnostic d'une arthrite psoriasique (ou rhumatisme psoriasique) soupçonné encore en 2015 par la Dre L. \_\_\_\_\_ pouvait désormais être confirmé. Cette aggravation justifiait, selon l'expert, les incapacités de travail retenues dès le 2 mai 2019 (cf. consid. ci-dessus; AI pce 122 pp. 14 ss, notamment pp. 16, 17 et 19).

#### **7.5.5** Sur le plan psychiatrique

**7.5.6** La Dre D. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.3), avec traits antisociaux (F60.2) ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, utilisation nocive pour la santé (F19.1; AI pce 131 pp. 27 s.). Elle a en substance relaté que l'assurée avait décrit un quotidien où les douleurs et les démangeaisons liées au psoriasis lui faisaient vivre un véritable « enfer », qu'elle était souvent épuisée par les douleurs et restait au lit à regarder la télévision ou à rester sur son smartphone, négligeant souvent à cuisiner et à faire le ménage ce qui évoquait à certains égards un syndrome de « Diogène » (AI pce 131 pp.

21 ss, 33). L'experte a par ailleurs expliqué le diagnostic du trouble de la personnalité fondé sur une série de signes cliniques et d'éléments de l'anamnèse constatés, tels une forte irritabilité/hostilité (agression verbale), une irresponsabilité, un manque d'empathie – à part vis-à-vis de son enfant – un égocentrisme, une incapacité de se conformer aux normes sociales, des angoisses d'ordre paranoïde et d'intrusion, un isolement sociale volontaire et une apparente phobie sociale en raison d'une blessure narcissique infligée par l'affection dermatologique chronique, vécue comme déformante, et d'une conviction d'être entourée de personnes envieuses et malveillantes, la critiquant et parlant derrière son dos (Al pce 131 pp. 28 ss, 40). La spécialiste a estimé que ce trouble était de sévérité moyenne et avait une influence sur la capacité de travail. La prise de substances qui amplifierait les symptômes dépressifs n'était cependant pas (encore) une dépendance et pas suffisamment importante et régulière pour avoir une incidence sur la capacité de travail (pp. 36 s. du rapport). La Dre D.\_\_\_\_\_ a aussi relaté que l'assurée semblait croire que le psoriasis était responsable de ses problèmes psychologiques mais qu'au contraire, l'affection dermatologique était une expression somatique, dès l'adolescence, d'un trouble de la personnalité déjà présent (p. 30). L'experte a encore remarqué qu'aucun traitement, psychiatrique et somatique, n'avait jamais été mis en œuvre par l'assurée depuis l'octroi de la rente et qu'en raison de son trouble de la personnalité, l'assurée semblait au contraire tout faire pour aggraver les pathologies et qu'il s'agissait-là d'un cercle vicieux. Par ailleurs, l'objectif d'une prise en charge psychiatrique qui pourrait améliorer la capacité de travail de l'assurée pour autant qu'elle était menée d'une façon rigoureuse et s'étalait sur plusieurs années (p. 37 s.) ne serait pas la guérison du trouble de la personnalité lequel serait permanent mais la stabilisation de l'humeur et de l'état psychique ainsi que la diminution des conduites à risques et des comportements auto-dommageables que l'on observait chez l'assurée envers son affection dermatologique (pp. 28 s., 31 s.).

**7.5.7** S'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, la Dre D.\_\_\_\_\_ a en particulier considéré que le trouble de la personnalité s'était installé à l'adolescence mais n'avait pas empêché l'assurée de réussir sa formation et de travailler pendant dix ans à 100%. L'experte a de plus précisé que l'assurée possédait de nombreuses ressources, étant intelligente et ayant des compétences, que malgré le trouble et des périodes avec idées suicidaires, l'assurée n'était jamais passée à l'acte et ne s'était pas infligée des automutilations, qu'aucune conduite à risque n'avait été évoquée, qu'elle n'avait pas connu de périodes maniaques, ni n'avait souffert d'un trouble affectif bipolaire et qu'elle n'avait pas non plus

présenté un trouble alimentaire (boulimie/anorexie). La spécialiste a par ailleurs tenu compte du fait que le trouble de la personnalité n'avait jamais été pris en charge et qu'il était de sévérité moyenne lequel ne pouvait donc justifier, à lui tout seul, une incapacité de travail de 100%. L'experte a encore noté que l'assurée avait rapporté que son travail et ses collègues lui manquaient et qu'elle souhaitait sortir de l'isolement qu'elle s'était imposée. Au regard de tous ces éléments, l'experte a conclu que l'ancienne activité professionnelle était adaptée au trouble de l'assurée si celle-ci pouvait travailler dans un bureau privé (l'open-space était contre-indiqué) et qu'elle n'était pas soumise à de trop fortes exigences de rentabilité, son incapacité de travail était de 40% aussi dans une autre activité adaptée (pp. 35, 37, 41).

**7.5.8** Concernant l'évolution de l'état de santé de l'assurée, la Dre D. \_\_\_\_\_ a attesté que celui-ci s'était clairement péjoré en 2013 lorsque l'assurée était devenue mère (AI pce 131 pp. 32, 36 ss). Par rapport à la situation médicale sur laquelle se fondait les décisions initiales, l'experte a en outre répondu que l'état de santé de l'expertisée était superposable à celui que la Dre K. \_\_\_\_\_ décrivait dans son rapport de 2015 (année corrigée), bien que le facteur principal de stress évoqué à l'époque par l'assurée (démêlées avec les administrations suisses, situation financière catastrophique : endettement et procédure de poursuites) ait totalement disparu. Paradoxalement, au lieu d'améliorer l'état de santé, la rente AI aurait amplifié le repli sur soi de l'assurée et les périodes dépressives et un laisser-aller général de type « Diogène » avait émergé (pp. 36 s.). La spécialiste a aussi estimé que contrairement aux Drs J. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, l'on ne pouvait pas poser un diagnostic d'état dépressif, les manifestations dépressives de l'assurée étant liées à l'instabilité de l'humeur de la personnalité borderline et dans le cas présent, les symptômes dépressifs pouvant aussi être dus (ou pour le moins amplifiés) par la prise régulière d'opiacés (pp. 28 ss, 36, 40).

**7.5.9** Les médecins du SMR et du service médical de l'OAIE ont confirmé les conclusions des experts aussi au regard des nouveaux certificats médicaux des Drs F. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ versés en cause par la recourante (AI pces 135 et 151; TAF pce 11 annexe 5 et pce 17 annexes 2 et 4).

En particulier, le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine physique, de réhabilitation et de rhumatologie a retenu aux regards des limitations observées par les experts que l'assurée devait pouvoir travailler dans des positions alternées et éviter des rotations du tronc, des positions penchées

ou des terrains irréguliers et que sa capacité de flexibilité, de s'adapter aux règles, de travailler en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts ainsi que la gestion des émotions étaient limitées. Il a aussi été d'avis que les troubles ainsi que la capacité de travail pouvaient s'améliorer moyennant un traitement psychiatrique bien conduit et de très longue durée lequel serait exigible (AI pce 135).

Le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, a confirmé que les constatations cliniques et radiologiques montraient par rapport à la situation déterminante en 2015 une discrète progression objective du rhumatisme inflammatoire chronique, en particulier en présence d'érosions osseuses de certaines articulations de doigts et d'orteils. Dès lors, sur le plan rhumatologique, aucune amélioration n'a eu lieu. Au contraire, une discrète aggravation de l'état était survenue telle que relevée par l'expert rhumatologue, qui fondait dès le 2 mai 2019 une incapacité de travail partielle alors qu'auparavant il n'en existait pas (TAF pce 11 annexe 5). Concernant les constats des 21 et 25 mai 2020 des Drs H.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, le médecin du SMR a relevé que le dermatologue avait mentionné des lésions cutanées importantes aux coudes qui n'ont pas été décrites par le Dr C.\_\_\_\_\_ et qu'il était possible qu'une aggravation clinique était observable en mai 2020 puisque le rhumatisme psoriasique était une maladie inflammatoire évoluant de manière fluctuante. Cela étant, il a également remarqué que les renseignements médicaux fournis par les médecins consultés par l'assurée étaient lapidaires et peu cohérents pour être convaincants et quoi qu'il en soit, jusqu'en mai 2020, les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_ restaient valables (TAF pce 17 annexe 4).

## 7.6

**7.6.1** Il apparaît de ce qui précède que l'assurée souffrait le 4 décembre 2019 principalement d'un rhumatisme psoriasique, d'une gonarthrose bilatérale débutante ainsi que d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.3), avec traits antisociaux (F60.2). Les experts ont retenu d'autres atteintes encore mais celles-ci, sans répercussion sur la capacité de travail – ce que la recourante n'a pas contesté – ne sont pas déterminantes en l'occurrence. Par ailleurs, les diagnostics avancés par les experts sont confirmés aussi au regard des nouveaux certificats médicaux versés en cause par l'assurée (TAF pce 1 annexe 18 et pce 15 annexes 1 à 3) qui, du reste, ne prétend pas souffrir d'autres affections.

**7.6.2** La comparaison des diagnostics susmentionnés, déterminants le 4 décembre 2019, avec les atteintes de santé présentes les 16 octobre et 5 novembre 2015 (cf. consid. 5.5), fait apparaître que le Dr C. \_\_\_\_\_ a nouvellement posé le diagnostic d'une gonarthrose bilatérale débutante alors que la Dre D. \_\_\_\_\_ n'a plus retenu un état dépressif sévère, respectivement un épisode dépressif moyen que les Drs J. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ avaient encore notés en 2015. Par ailleurs, la situation est restée inchangée (F60.3).

**7.6.3** La présence de nouveaux diagnostics tout comme la suppression de diagnostics ne constitue pas en soi un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (cf. ATF 141 V 9 consid. 5.2; TF 9C\_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2; consid. 3.9.2 ci-dessus).

C'est le cas en l'occurrence s'agissant de la gonarthrose bilatérale débutante que l'expert rhumatologique a observée et décrite (cf. consid. 7.4.2) et qui a des incidences sur la capacité de travail de l'assurée et peut, partant, influencer son droit à la rente. Par ailleurs, selon la jurisprudence, le changement d'un seul fait déterminant peut justifier un motif de révision (cf. TF 9C\_289/2018 du 11 décembre 2018 consid. 5). Par contre, l'experte psychiatrique a expliqué d'une manière convaincante que selon son appréciation, les manifestations dépressives de l'assurée étaient liées à l'instabilité de l'humeur de la personnalité borderline et aussi dus (ou pour le moins amplifiés) par la prise d'opiacés (consid. 7.4.8). Dès lors, le fait que le trouble dépressif n'a plus été retenu comme diagnostic en 2019 ne fait pas état d'une amélioration sur le plan psychiatrique ; ni l'OAIE, ni les médecins du SMR et de l'OAIE ne l'ont d'ailleurs prétendu.

**7.6.4** Plus encore, le Tribunal constate que par rapport à la situation présente en 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ a exposé en détail (cf. consid. 7.5.4) que les atteintes de l'assurée se sont aggravées d'une façon objective d'un point de vue rhumatologique. Le Tribunal ne peut que retenir ces conclusions dûment motivées par l'expert, même s'il est vrai que le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR n'a mentionné à cet égard qu'une détérioration discrète (cf. consid. 7.5.9) et que s'agissant de la capacité de travail prévalant en 2015, le dossier fait état d'une situation plus nuancée que celle décrite par l'expert qui estimait que l'incapacité de travail ne pouvait pas être de longue durée sur le volet rhumatologique (cf. consid. 5.5). Le TAF est donc d'avis – aussi compte tenu du nouveau diagnostic posé (cf. consid. ci-dessus) – qu'il est établi selon le degré de preuve de la

vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.3) que dès 2015, l'état de l'assurée s'est aggravé sur le plan rhumatologique d'une façon notable au sens de l'art. 17 LPGA. Ce point n'est pas contesté par la recourante.

**7.6.5** En vertu de la jurisprudence, lorsque les faits relevant pour le droit à la rente se sont modifiés et font apparaître – comme en l'espèce – un motif de révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'appréciation par le Dr C. \_\_\_\_\_ constitue une telle nouvelle évaluation, étant fondée sur un examen approfondi de l'état de santé de l'assurée et ses conclusions, exemptes de contradictions, sont dûment motivées et convaincantes (cf. aussi consid. 7.4 et consid. ci-dessus). Partant, son expertise peut se voir reconnaître pleine valeur probante et le Tribunal retient que l'assurée présentait d'un point de vue rhumatologique dès le 2 mai 2019 une incapacité de travail de 40% dans l'activité habituelle et de 20% dans une activité adaptée aux limitations décrites (cf. consid. 7.5.3). Le certificat médical du 25 mai 2020 du Dr H. \_\_\_\_\_, rhumatologue, lequel préconisait une invalidité d'environ 90% (TAF pce 15 annexe 2), très succinct et manquant de motivation, ne saurait mettre en doute les conclusions fouillées de l'expert. De plus, si le Dr G. \_\_\_\_\_ admettait aussi au regard du certificat du 21 mai 2020 du Dr I. \_\_\_\_\_ que la recourante a encore produit (TAF pce 15 annexe 3) qu'il était possible qu'une aggravation clinique avait pu être observée en mai 2020 par les médecins tunisiens, il a précisé que les conclusions de l'expert restaient valable jusqu'en mai 2020 (cf. consid. 7.5.9). Du reste, dans la mesure où l'examen du Tribunal est limité à l'état de fait présent jusqu'à la date de la décision litigieuse (cf. consid. 3.4), une éventuelle aggravation importante de la situation survenue après le 4 décembre 2019 ne serait pas pertinente en l'espèce.

**7.6.6** Compte tenu du motif de révision constaté sur le volet rhumatologique, l'état psychiatrique de l'assurée est également soumis à une nouvelle appréciation (ATF 141 V 9 consid. 2.3; TF 9C\_289/1018 du 11 décembre 2018 consid. 5). Par ailleurs, la jurisprudence a remarqué que dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un nouveau trouble s'ajoutant au tableau clinique existant ne fait pas obstacle à une suppression de la rente (ATF 147 V 167 consid. 4.1; 141 V 9 consid. 5 et 6). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6.3.2). Dans le cas concret, la Dre D. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'une telle situation. Au contraire, elle a exposé que l'état

de santé de l'assurée était superposable à celui que la Dre K. \_\_\_\_\_ décrivait en 2015 (consid. 7.5.8). Le Tribunal, comparant les constats et observations soulevés par les spécialistes respectifs (cf. consid. 5.2 et 7.5.6), peut suivre cette conclusion de l'experte. Plus encore, la Dre D. \_\_\_\_\_ a expliqué que si le facteur principal de stress évoqué en 2015 avait totalement disparu, paradoxalement, au lieu d'améliorer l'état de santé de l'assurée, le repli sur soi et les périodes dépressives avec un laisser-aller général de type « Diogène » avaient émergé (cf. consid. 7.5.8) ce qui ne fait pas non plus état d'une accoutumance ou d'une adaptation, voire d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Enfin, contrairement à ce que semble croire l'OAIE, l'incapacité de travail de 40% attestée par la Dre D. \_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique, alors qu'auparavant « pour un état de fait superposable » l'incapacité était totale (cf. consid. 5.5), ne constitue pas en soi un motif de révision ; encore faudrait-il qu'elle soit justifiée par une modification clairement objectivée de la situation clinique (cf. TF 9C\_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2). En effet, une seule appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel est demeuré inchangé ne peut pas fonder une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 3.9.2).

Expressément invité à se déterminer sur l'existence d'une amélioration sur le plan psychiatrique (cf. invitation du 19 mars 2020 de l'OAIE; TAF pce 11 annexe 2), le Dr E. \_\_\_\_\_, psychiatre de l'OAIE, n'a pas répondu à la question dans sa détermination du 27 mars 2020 (TAF pce 11 annexe 3), pas plus qu'il ne l'a fait dans sa détermination du 16 juin 2020 (TAF pce 17 annexe 2; voir aussi l'invitation du 10 juin 2020 de l'OAIE [TAF pce 17 annexe 1]) alors que la recourante avait constamment nié une amélioration de son état de santé. L'OAIE, pour sa part, s'est contenté de remarquer que d'après lui les rapports d'expertises avaient valeur probante et que dès lors la capacité de travail résiduelle de 60% certifiée faisait état d'une amélioration de la situation. Au regard de ce qui précède, le Tribunal ne saurait suivre cette position, remarquant que faute d'amélioration, d'accoutumance ou d'adaptation survenue, l'évaluation de l'experte psychiatre de la capacité de travail résiduelle ne constitue qu'une appréciation différente de la situation inchangée depuis 2015 ; elle ne s'avère donc pas probante (cf. consid. 7.2.4) et ne peut pas justifier un motif de révision.

Par ailleurs, la nouvelle jurisprudence, valable depuis le 30 novembre 2017 pour toutes les affections psychiques et instaurant une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 3.12), ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 585 consid. 5;

TF 9C\_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2). A ce sujet, le Tribunal remarque de surcroît que l'évaluation de la Dre D.\_\_\_\_\_ n'a tenu compte que d'une façon rudimentaire des indicateurs jurisprudentiels (consid. 3.12), en considérant quelques ressources et capacités de l'assurée (cf. consid. 7.5.7). Aussi, sur la base des constats de l'experte, l'assurée ayant notamment été décrite irritable et hostile, présentant une incapacité de se conformer aux normes sociales et vivant dans un isolement social (cf. consid. 7.5.6), et au regard des limitations retenues, concernant la capacité de flexibilité, de s'adapter aux règles, de travailler en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts ainsi que la gestion des émotions (cf. consid. 7.5.9), il paraît difficile d'envisager que l'assurée ait eu les ressources nécessaires lui permettant d'envisager sans autre une reprise de travail adapté à 60% dès le 2 mai 2019. La recourante l'a soulevé à juste titre. Enfin, la Dre D.\_\_\_\_\_ semble en avoir elle-même convenu, ayant indiqué que l'assurée devait bénéficier idéalement d'un accompagnement vers une reprise progressive de l'activité professionnelle et que des mesures de réadaptation étaient peut-être nécessaires dans un milieu professionnel pas trop stressant (AI pce 131 pp. 37 s.).

Pour toutes ces raisons, le Tribunal ne saurait retenir que l'assurée présentait dès le 2 mai 2019 une capacité de travail résiduelle de 60% d'un point de vue psychiatrique. Dans la mesure où aucun changement de l'état psychiatrique n'a été objectivé, l'état ayant été superposable à celui de 2015 selon les termes mêmes de l'experte, l'assurée présentait en 2019 toujours une incapacité de travail totale pour de troubles psychiques.

**7.6.7** Il convient encore de préciser que les experts n'ont pas fait état de motifs d'exclusion d'invalidité tels qu'une exagération des symptômes ou des phénomènes similaires (voir à ce sujet : ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 8C\_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.1; 9C\_602/2016 du 14 décembre 2016 consid. 5.2.2). De plus, si la Dre D.\_\_\_\_\_ a relevé des incohérences qui ont principalement concerné l'absence de traitement du psoriasis et de l'affection psychiatrique ainsi que les motifs invoqués à ce sujet par l'assurée, soit le prétendu manque d'efficacité de tout traitement et la volonté d'une nouvelle grossesse (AI pce 131 pp. 32 ss), l'experte a précisé que l'attitude de l'assurée ainsi que ses incohérences faisaient partie du trouble de la personnalité émotionnellement labile (borderline) dont celle-là souffre et qu'il ne s'agit pas d'un simple manque de volonté de sa part (p. 29 de l'expertise).

**7.6.8** En conclusion, le Tribunal retient qu'un motif de révision est survenu sur le plan rhumatologique qui justifie dès le 2 mai 2019 une incapacité de

travail de 40% dans l'activité habituelle et une incapacité de 20% dans une activité adaptée. Par contre, sur le volet psychiatrique, l'incapacité de travail était toujours totale, aucune amélioration ou accoutumance et adaptation de l'état n'ayant été objectivées. Par décision du 4 décembre 2019, l'OAIE ne pouvait dès lors pas supprimer la rente d'invalidité de l'assurée pour le motif de révision.

## **8.**

**8.1** Il reste à examiner si la suppression de la rente peut être confirmée par substitution de motifs. En effet, la réduction ou la suppression de la rente forme l'objet du litige et non pas les motifs juridiques invoqués à cet égard que le Tribunal peut examiner librement (cf. consid. 3.3; ATF 125 V 368 consid. 3; TF 9C\_31/2014 du 5 septembre 2014 consid. 5; TAF C-2176/2016 du 17 mai 2018 consid. 6; voir aussi : ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, Droit administratif général, L'objet du litige en procédure de droit administratif, 2005, p. 441 ss). La jurisprudence a en outre précisé que lorsque le motif invoqué par l'Office AI s'avère infondé, le Tribunal est tenu d'examiner si la décision contestée peut être entérinée par un motif substitué (notamment : TF 9C\_416/2020 du 11 mars 2021 consid. 3.3; 8C\_634/2017 du 20 février 2018 consid. 5.3 et références), soit la reconsidération (cf. consid. 8.2) ou la révision procédurale (8.3) lesquelles permettent, le cas échéant, de revenir ou de réviser une rente d'invalidité accordée.

## **8.2**

**8.2.1** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

**8.2.2** L'objet de la reconsidération visée par cette disposition est une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond (ATF 127 V 466 consid. 2c; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 54).

De plus, selon la jurisprudence, la condition de l'importance notable de la rectification est remplie lorsque des prestations périodiques sont en cause (ATF 119 V 475 consid. 1c; notamment : TF 8C\_57/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.1; I 308/03 du 22 septembre 2003 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 61).

Afin de juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; 119 V 475 consid. 1b/cc; TF 8C\_57/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.1). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c; TF 8C\_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1). Il y a constatation erronée des faits lorsque à l'encontre de la maxime inquisitoire, l'appréciation des faits résulte de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de faits essentiels (ATF 140 V 77 consid. 3.1; notamment : TF 9C\_165/2020 du 15 juin 2020 consid. 4; 9C\_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 5.1). Toutefois, pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (voir arrêt du TF 8C\_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1). Ainsi, l'administration ne saurait procéder en tout temps – le cas échéant, après un examen plus approfondi des faits – simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable (cf. TF 9C\_165/2020 cité consid. 4; 9C\_508/2015 cité consid. 5.1).

**8.2.3** En l'espèce, il est patent que les décisions des 16 octobre et 5 novembre 2015 n'ont pas fait l'objet d'un contrôle judiciaire et que leur rectification pourrait revêtir une importance notable puisqu'elles concernent une rente d'invalidité en cours.

Cela étant, le Tribunal de céans ne saurait admettre un motif de reconsidération, ces décisions n'étant pas sans nul doute erronées. L'OAIE n'a d'ailleurs pas envisagé une reconsidération des décisions. En effet, il apparaît que celles-ci ont été rendues après un examen de l'état de santé de la recourante sur les plans rhumatologique et psychiatrique et en connaissance de son activité professionnelle et des aspects économiques de l'invalidité (cf. consid. 5.1 ss). Aussi, l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR, sur laquelle l'Office AI cantonal se fondait principalement et qui pour un trouble psychiatrique avait attesté une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, n'était pas insoutenable, le médecin du SMR ayant confirmé les conclusions de la Dre K. \_\_\_\_\_ laquelle en tant que psychiatre avait les compétences nécessaires pour se prononcer valablement sur l'état psychique de l'assurée et les conséquences sur sa capacité de travail. De plus, en 2015, la procédure probatoire structurée au

sens de l'ATF 141 V 281 ne s'appliquait pas encore à toutes les affections psychiques (cf. consid. 3.12) et, en conséquence, l'évaluation de la Dre K. \_\_\_\_\_ et du médecin du SMR s'inscrivait dans la pratique alors en vigueur. Par ailleurs, la jurisprudence a précisé que la nouvelle jurisprudence ne constitue pas un motif de reconsidération (ATF 141 V 585 consid. 5.4). S'agissant encore de l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ qui estimait qu'en 2015, l'incapacité de travail ne pouvait pas être de longue durée sur le volet rhumatologique, le Tribunal a déjà remarqué que la situation était quelque peu plus nuancée (cf. consid. 7.6.4; voir aussi consid. 5.5). De surcroît, cette appréciation ne s'avère pas pertinente dans la mesure où la rente d'invalidité entière avait été accordée pour des motifs psychiatriques lesquels en 2019 encore, restaient prédominants.

En conséquence, les décisions des 16 octobre et 5 novembre 2015 ne peuvent pas être reconsidérées.

**8.3** Conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA, l'assureur peut revenir sur une décision ou sur une décision sur opposition formellement passée en force, et, le cas échéant, augmenter, réduire ou supprimer une rente d'invalidité allouée, lorsque des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve, qui ne pouvaient pas être produits auparavant, ont été découverts. Il s'agit là d'une révision procédurale.

Dans le cas concret, il est constant qu'aucuns faits ou moyens de preuve nouveaux n'ont été produits qui auraient permis une révision procédurale des décisions initiales.

**8.4** En conclusion, la suppression de la rente d'invalidité par la décision querellée du 4 décembre 2019 ne saurait être entérinée par un autre motif, les décisions des 16 octobre et 5 novembre 2015 ne pouvant être ni reconsidérées, ni révisées au sens de l'art. 53 LPGA.

## **9.**

Par souci de complétude, le TAF précise qu'un complément d'instruction ne s'avère pas nécessaire en l'occurrence, les éléments au dossier étant suffisants et permettant au Tribunal de trancher le litige au moins au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.3). Or, lorsque l'administration ou le Tribunal, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves portées au dossier dans le cadre de l'instruction menée d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu

d'administrer d'autres moyens de preuves (appréciation anticipée des preuves; notamment : ATF 141 I 60 consid. 3.3; 140 I 285 consid. 6.3.1; TF 9C\_384/2019 du 1<sup>er</sup> octobre 2019 consid. 4.1; 9C\_68/2017 du 18 avril 2017 consid. 4.3.2).

#### **10.**

Enfin, il se justifie de relever que selon un principe général valable en assurances sociales, il appartient à la personne assurée de mettre en œuvre tout ce qui est raisonnablement exigible de sa part pour solliciter le moins lourdement possible l'assurance-invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; TF 8C\_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.2; ANNE SYLVIE DUPONT, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, Intro. gén. n° 44, art. 21 n° 50 ss). Dans ce sens, à l'instar de l'OAIE (AI pce 152) et se basant sur les avis des Drs D.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ (consid. 7.5.6 et 7.5.9), le TAF tient à remarquer à l'attention de l'assurée qu'un traitement psychiatrique bien conduit permettrait une amélioration clinique de son état de santé et de sa capacité de travail et qu'un tel traitement qui serait de très longue durée, est exigible.

#### **11.**

Au regard de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 4 décembre 2019 de l'OAIE annulée. La recourante a toujours droit à une rente d'invalidité entière au-delà du 31 janvier 2020. L'affaire est transmise à l'OAIE afin qu'il détermine la rente à verser. Il examinera également s'il y a lieu d'allouer des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA et rendra ensuite une décision à ces égards.

La conclusion subsidiaire de la recourante sollicitant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire est sans objet.

#### **12.**

**12.1** La recourante ayant obtenu gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de 800 francs que celle-là a versée lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**12.2** Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et

relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Selon l'art. 14 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phrase.). En l'espèce, la recourante ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel laquelle n'a pas produit de note d'honoraires, il lui est alloué une indemnité de dépens de 2'800 francs à charge de l'OAIE. Cette indemnité n'est pas soumise à la TVA du fait du domicile de la recourante à l'étranger du moins du temps des écritures de la procédure de recours (cf. art. 1 et 8 de la loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20; LTVA]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

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

**1.**

Le recours est admis et la décision du 4 décembre 2019 annulée. La recourante a droit à une rente d'invalidité entière au-delà du 31 janvier 2020.

**2.**

L'affaire est transmise à l'OAIE afin qu'il détermine les montants de la rente à verser. Il examinera également s'il y a lieu d'allouer des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA et rendra une décision à ces égards.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Une indemnité de dépens de 2'800 francs est allouée à la recourante à charge de l'OAIE.

**5.**

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure, à l'Office fédéral des assurances sociales ainsi qu'à la caisse de pension PUBLICA.

L'indication des voies de droit figure sur la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). 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 de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :