Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour I
A-3707/2013

Arrêt du 24 novembre 2014

Composition

Pascal Mollard (président du collège),
Vito Valenti, Daniel Riedo, juges,
Raphaël Bagnoud, greffier.

Parties

A._____,
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 (décision du 2 mai 2013).

Faits :

A.
A._____ (ci-après: l'assurée), née le 19 mai 1980, est une ressortissante portugaise actuellement domiciliée à Brunhais (PVL), au Portugal (cf. l'attestation du 2 mai 2013 jointe au mémoire de recours du 27 mai 2013 [dossier du Tribunal, pièce n° 1]). Arrivée en Suisse en 1998, l'assurée travailla pour le compte de la société X._____ à Bassersdorf (ZH) de mai 1999 à avril 2000 (cf. dossier office AI cantonal, pièces n° 1 [p. 1], 6 [p. 2]), puis, dès courant 2000, pour le compte de la chocolaterie Y._____, dans le canton de Zurich, à un taux de 100 % (cf. dossier office AI [OAI] cantonal, pièces n° 1, 6 et 16 [p. 1]). Mises en arrêt maladie à compter du 18 août 2003 en raison d'un syndrome cervico-spondylogène chronique et de troubles somatoformes douloureux (cf. dossier OAI cantonal, pièces n° 3 [p. 5] et 4 [p. 3 à 5]), l'assurée fut licenciée par son employeur avec effet au 30 avril 2004 (cf. dossier OAI cantonal, pièces n° 1 [p. 2] et 6 [p. 9]).

B.
En date du 11 octobre 2004, l'assurée déposa une demande de prestations de l'assurance-invalidité (dossier OAI cantonal, pièces n° 2 et 3) auprès de l'office AI du canton de Zurich, qui lui alloua par décision du 10 juin 2005 une demi-rente d'invalidité à compter du 1er août 2004, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 % (dossier OAI cantonal, pièce n° 27; cf. également pièces n° 16 à 19 et 26), puis rejeta la réclamation formée par l'assurée le 13 juillet 2005 (dossier OAI cantonal, pièces n° 26) par décision du 6 avril 2006 (dossier OAI cantonal, pièce n° 45). Procédant à un réexamen du cas (cf. dossier OAIE, pièce n° 2 ss), l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) – à qui le dossier avait été transmis suite au départ de l'intéressée au Portugal (cf. dossier OAIE, pièce n° 1; dossier OAI cantonal, confirmation de l'annonce de départ du 29 mai 2006 [pièces complémentaires précédant le bordereau]) – constata que le droit à une demi-rente d'invalidité demeurait inchangé par décision du 30 avril 2009 (dossier OAIE, pièce n° 21; cf. également pièce n° 10).

C.
A l'issue d'une nouvelle procédure de révision (cf. dossier OAIE, pièce n° 22 ss) entreprise d'office en application des dispositions finales de la 6e révision de l'AI (premier volet) prévoyant le réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, l'OAIE considéra par décision du 2 mai 2013 (dossier OAIE, pièce n° 49) que l'assurée ne présentait pas

d'invalidité au sens de la loi et prononça la suppression du droit aux prestations à partir du 1er juillet 2013. L'assurée (ci-après : la recourante) a contesté cette décision par courrier adressé le 27 mai 2013 à l'OAIE (dossier OAIE, pièce n° 55) et transmis par cet office au Tribunal administratif fédéral (dossier OAIE, pièce n° 56), en faisant valoir que sa maladie ne lui permettait pas de travailler et en requérant que son cas soit soumis à l'avis d'une nouvelle commission médicale. Par réponse du 5 novembre 2013 (dossier du Tribunal, pièce n° 11), l'OAIE (ci-après: l'autorité inférieure) a conclu au rejet du recours.

Pour autant que besoin, les autres faits seront repris 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), celui-ci connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE (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]). En vertu de l'art. 19 al. 3 LTAF, tout juge du Tribunal administratif fédéral peut être appelé à siéger dans une autre cour. Dans le cadre d'une collaboration entre les cours du Tribunal et d'une mesure de soutien visant à décharger la Cour III, la présente procédure a été reprise par la Cour I et la référence A-3707/2013 a remplacé la référence initiale C-3707/2013.

1.2 Selon l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de cette loi s'appliquent aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA sont applicables à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 En l'occurrence, la recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Elle a donc qualité pour recourir. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60

LPGA et art. 52 PA), le recours est en outre recevable, de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

1.4

1.4.1 Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'autorité (administrative ou judiciaire) compétente constate les faits d'office et administre les preuves nécessaires (ATF 125 V 193 consid. 2; art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé des parties, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, sous peine de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 140 V 290 consid. 4.1 et 125 V 193 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; arrêts du Tribunal administratif fédéral A-1373/2012 du 5 septembre 2014 consid. 1.4.1 et C-5618/2012 du 31 mars 2014 consid. 7).

L'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b; cf. également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1).

Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction, respectivement à l'administration d'une preuve, lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait et est convaincue qu'une telle mesure ne pourraient l'amener à modifier son opinion (appréciation anticipée; ATF 130 III 321 consid. 3.2, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon

l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-525/2009 du 18 juin 2010 consid. 4). Si de tels doutes subsistent, il appartient à l'autorité de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-1373/2012 précité 2014 consid. 1.4.1) En cas de difficultés à établir les faits, la prise en compte d'autres aspects de la vie sociale, comme des comportement durant les loisirs ou des engagement familiaux, peuvent en outre s'avérer nécessaire (ATF 140 V 290 consid. 3.3.2).

1.4.2 Lorsqu'il s'agit en particulier de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, l'administration et les tribunaux doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants, sous peine de violer le principe inquisitoire (ATF 140 V 290 consid. 3.3.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Il n'appartient en principe pas à l'administration ou au juge de remettre en cause le diagnostic posé par un médecin. Seul est à cet égard décisif le fait qu'il s'appuie *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu. Dans la mesure où le droit à des prestations de l'assurance-invalidité dépend uniquement des répercussions de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de gain de l'assuré (cf. consid. 4.1.1 ci-après), on rappellera en outre qu'un diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (ATF 132 V 65 consid. 4.4 et 131 V 49 consid. 1.2; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2738/2006 du 7 juillet 2008 consid. 7.4.3).

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêts du Tribunal administratif fédéral A-5095/2012 du 21 octobre 2014 consid. 1.4.2).

La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa et 118 V 290 consid. 1b). Selon la jurisprudence, un tel motif peut notamment consister dans le fait que l'expertise contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-5095/2012 précité consid. 1.4.2).

Concernant les rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5930/2008 du 7 juillet 2010 consid. 5.2). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation, et le juge ne saurait l'écarter pour ce seul motif, sans examiner autrement sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd; arrêts du Tribunal administratif fédéral A-5095/2012 précité consid. 1.4.2 *i.f.* et C-5930/2008 précité consid. 7.2.4).

2.
Selon une jurisprudence constante, le droit applicable est déterminé par

les règles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en compte les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral A-6367/2012 du 20 mai 2014 consid. 2.2 et 2.3 et A-846/2012 du 8 septembre 2014 consid. 3.1). Dans le cas présent, la décision entreprise a été rendue le 2 mai 2013 et porte suppression de la demi-rente d'invalidité de la recourante à compter du 1er juillet 2013 (cf. let. B ci-avant). Par conséquent, le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 6e révision (premier volet) de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659). La recourante étant citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne, il sied en outre de relever que l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1er juin 2002, est dans le cas présent applicable, de même que les règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012.

3.
Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28 et 28a LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'occurrence, il ressort du dossier que cette dernière condition n'est pas litigieuse, de sorte qu'il convient à présent de se pencher sur la question de l'invalidité de la recourante.

4.
4.1
4.1.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'invalidité est ainsi une notion juridico-économique et non pas médicale et son taux ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminée par le

médecin. Ce sont donc les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 116 V 246 consid. 1b et 110 V 273 consid. 4). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé et non la maladie en tant que telle. Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent des éléments utiles pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).

4.1.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente suppose cumulativement que l'assuré ne puisse rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il présente une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il soit invalide à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI) : ainsi, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% ou plus. Par ailleurs, selon l'art. 29 al. 4 LAI, 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 en Suisse (art. 13 LPGA). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40 % au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002, s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'Union.

4.2

4.2.1 Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28*a* al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé – en application de la méthode dite générale – avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré. Selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a en effet l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. En particulier, si l'intéressé ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un

emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2).

4.2.2 En règle générale, le revenu hypothétique sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en tenant compte du renchérissement et de l'évolution générale des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_515/2013 du 14 avril 2014 consid. 3.2; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-1373/2012 précité consid. 5.2.1; concernant la prise en compte d'une éventuelle augmentation du revenu hypothétique sans invalidité liée à un développement des capacités professionnelles individuelles, voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C_515/2013 précité consid. 3.2 et 8C_311/2012 du 10 mai 2013 consid. 3.1).

4.2.3 Selon le Tribunal fédéral, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a repris aucune activité professionnelle normalement exigible –, le Tribunal fédéral considère que le revenu d'invalide peut être déterminé sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 et 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_541/2012 du 31 octobre 2013 consid. 2.3). Dans de telles circonstances, il convient en outre d'examiner si une déduction doit être opérée – à hauteur maximale de 25 % – sur le revenu hypothétique sans invalidité pris en considération afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour, taux d'occupation, etc.; cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 134 V 322 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 3.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-1373/2012 précité consid. 5.2.2.2).

4.3

4.3.1 Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux – de même que le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, la neurasthénie, les troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité,

l’hypersomnie non organique, les troubles dissociés de la motricité, le trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique et les distorsions de la colonne vertébrale (coup du lapin) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 et la jurisprudence citée) – n'entraînent en règle générale pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe en effet une présomption que ces pathologies ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et 4.2.1 et 131 V 49 consid. 1.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1 et 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 5.1).

4.3.2 Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères – dits "de Foerster" – permettant d'apprécier le caractère invalidant de tels troubles d'origine indéterminée et sans substrat organique objectivable. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 365 consid. 4.2.2, 131 V 49 consid. 1.2 et 130 V 352 consid. 2.2.3 et 3.3.1; cf. également ATF 140 V 290 consid. 3.3.1 et 139 V 547 consid. 6 et 7).

Plus les critères mentionnés ci-dessus sont satisfaits et plus leur acuité est grande, plus il conviendra d'admettre que la personne n'est raisonnablement pas capable de fournir l'effort de volonté lui permettant se surmonter son état (ATF 137 V 64 consid. 4.1 et 131 V 49 consid. 1.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_33/2013 du 13 décembre 2013 consid. 4.2.1 [non publié aux ATF 140 V 8]). Par contre, on conclura à l'absence d'une

atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Il en ira par exemple ainsi en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 365 consid. 4.2.2).

4.3.3 Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux – comme tous les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique – sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Il en va en particulier ainsi s'agissant de la fibromyalgie, quand bien même ce diagnostic est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3), dès lors que selon l'opinion dominante, les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités (cf. consid. 4.3.2 ci-avant) – que la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et la référence citée).

La mission d'expertise consiste en définitive essentiellement à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose, ou non, des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 précité consid. 4.2, 9C_673/2012 du 28 novembre 2012 consid. 3.1 et 9C_936/2011 du 21 mars 2012 consid. 3.1). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et 4.2). La preuve de l'invalidité n'est en revanche pas apportée lorsque malgré des investigations complètes et

consciencieuses, les effets sur la capacité de travail de la symptomatologie douloureuse demeurent vagues et indéterminés (ATF 140 V 290 consid. 4.1 et 4.2).

4.4

4.4.1 Conformément à l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente doit être augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'art. 88a al. 1 RAI précise en outre que 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 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.

La let. a al. 1 des dispositions finales de la 6e révision de l'AI (premier volet [modification du 18 mars 2011; RO 2011 5659]) prévoit en outre le réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique dans un délai de trois ans à compter du 1er janvier 2012. Selon cette disposition (2e phrase), si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas données (cf. consid. 4.1.1 ci-avant), la rente sera supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint cinquante-cinq ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

4.4.2 Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6e révision de l'AI (premier volet) pouvait avoir lieu (à cet égard, cf. également les circulaires successives éditées par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 [CDF]). Ainsi, seules sont susceptibles d'être révisées à ce titre les rentes allouées sans tenir compte de la jurisprudence relative au syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 140 V 8 consid. 2.2.2). Dans ce cas, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue.

Par ailleurs, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement ("ausschliesslich") en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, et seul ce diagnostic doit subsister au moment de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2). Néanmoins, lorsqu'une rente a été allouée aussi bien en raison de plaintes peu claires que de plaintes explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique la let. a al. 1 des dispositions finales en ce qui concerne les premières (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3). Au surplus, il convient également d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est dégradé. Enfin, il faut vérifier si les "critères de Foerster" sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2).

5.
En l'espèce, le litige porte exclusivement sur le bien-fondé de la suppression du droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité, allouée jusqu'au 30 juin 2013, en application de la let. a des dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011.

5.1 A cet égard, il ressort du dossier de l'autorité inférieure que la recourante a été informée de l'ouverture d'une procédure de réexamen de son droit par courrier du 26 avril 2012 (cf. dossier OAIE, pièce n° 26), soit dans le délai prévu à cet effet par le premier alinéa de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (cf. consid. 4.4.1 ci-avant). A ce moment, cela faisait par ailleurs moins de quinze ans que la demi-rente, allouée à la recourante à compter du 1er août 2004, était servie. Née en 1980, cette dernière n'avait au surplus pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans au 1er janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la 6e révision de l'AI, de sorte qu'elle faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen prévues par les dispositions finales de cette modification (cf. consid. 4.4.1 ci-avant). Il s'agit dès lors d'examiner si la décision de supprimer la rente apparaît également justifiée sur le fond.

5.2 Au plan matériel, est en premier lieu décisif les motifs ayant présidé à l'allocation de la demi-rente dont bénéficiait jusqu'alors la recourante (cf. consid. 4.4.1 et 4.4.2 ci-avant).

5.2.1 Sur ce point, il ressort des pièces versées au dossier de l'autorité cantonale que celle-ci a retenu les diagnostics de syndrome cervico-brachiale et cervico-céphalique chronique, de syndrome fibromyalgique et

de développement dépressif à l'appui de sa décision du 10 juin 2005 (cf. dossier OAI cantonal, pièce n° 19 p. 2). Il apparaît en outre que les investigations médicales n'avaient pas permis d'objectiver un substrat organique permettant d'expliquer de manière satisfaisante les troubles de la recourante d'une part (cf. en particulier l'expertise rhumatologique du Dr W._____ du 30 août 2004 [dossier OAI cantonal, pièce n° 4 p. 6 à 9], l'expertise psychiatrique du Dr K._____ du 19 octobre 2004 [dossier OAI cantonal, pièce n° 9 p. 2 à 5], p. 4 ["Beurteilung"] et le rapport orthopédique de la clinique universitaire de Balgrist du 9 novembre 2004 [dossier OAI cantonal, pièce n° 8], p. 3 ch. 6), et, d'autre part, que l'état dépressif s'était développé en réaction aux troubles douloureux, respectivement faisait partie de ceux-ci (cf. l'expertise susmentionnée du Dr K._____, p. 4 ["Beurteilung"], le rapport psychiatrique du Dr G._____ du 22 novembre 2004 [dossier OAI cantonal, pièce n° 9 p. 6 à 11], p. 11 ["Beurteilung"], ainsi que l'expertise psychiatrique du Dr S._____ du 28 février 2006 [dossier OAI cantonal, pièce n° 36] ch. 4 et 5 p. 9 ss).

Il s'avère ainsi que la demi-rente d'invalidité allouée à la recourante par l'office AI cantonal – puis confirmée par décision de l'OAIE du 30 avril 2009 (cf. dossier OAIE, pièces n° 19 et 21) – a bien été octroyée en raison de syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

5.2.2 Il n'apparaît en outre pas que la décision d'allouer une demi-rente d'invalidité à la recourante ait été prise en considération des critères dégagés par la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la let. a des dispositions finales de la modification du 18 ars 2011 (cf. consid. 4.3.2 ci-avant), auxquels ni l'autorité inférieure, ni les experts médicaux consultés ne font référence. Cela ressort en particulier également de la décision du 6 avril 2006, par laquelle le droit à une demi-rente a été confirmé, alors même que selon la surexpertise du Dr S._____ du 28 février 2006, à laquelle l'autorité cantonale s'est expressément référée (cf. dossier OAI cantonal, pièce n 45 p. 3), la recourante ne souffrait à cette époque pas d'un état dépressif important entrainant une diminution de sa capacité de travail (cf. dossier OAI cantonal, pièce n° 36 ch. 4 p 11 et ch. 5 p. 12; cf. également la prise de position du service médical de l'OAIE du 9 avril 2009 [dossier OAIE, pièce n° 19]).

Dans ces conditions, il n'était pas nécessaire, pour que la demi-rente allouée à la recourante soit supprimée, qu'une amélioration notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue, seule étant à cet

égard déterminante la question de l'incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA (cf. consid. 4.4.1 et 4.4.2 ci-avant). Il convient donc d'examiner si au moment de la révision, les troubles douloureux de la recourante demeuraient d'origine indéterminée et sans constat de déficit organique (cf. consid. 4.4.2 ci-avant) et, le cas échéant, s'il y avait lieu, ou non, de reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant à ceux-ci, eu égard aux critères déterminants précités (cf. consid. 4.3 ci-avant).

5.3 En l'occurrence, un rapport d'expertise bidisciplinaire a été réalisé en août 2012 afin d'évaluer la capacité de travail de la recourante (dossier OAIE, pièces n° 29, 31 et 32; cf. également pièces n° 24 et 25). Ce rapport remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 1.4.2 et 4.3.3 ci-avant). Il a en effet été établi conjointement par le Dr L._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ceux-ci ont rendu leurs conclusions sur la base d'examens complets et en tenant compte des aspects tant somatiques que psychiques d'une part, ainsi que, d'autre part, des "critères de Foerster". Les plaintes de la recourante ont été prises en considération et le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Quant à la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale, elles sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. A priori, la force probante du rapport d'expertise n'apparaît donc pas contestable, de sorte qu'il n'y a en principe pas lieu de s'écarter de ses conclusions (cf. consid. 1.4.2 ci-avant).

5.3.1 Sur le plan du diagnostic, les experts ont retenu un trouble somatoforme douloureux persistant, un trouble dépressif récurrent de sévérité légère à moyenne et des difficultés liées à la situation familiale d'une part (avec incidence sur la capacité de travail), ainsi que, d'autre part, un syndrome douloureux chronique généralisé, un syndrome pan-vertébral accentué au niveau cervical avec irradiation spondylogène dans la tête et les extrémités et un syndrome dyspeptique anamnestique (sans incidence sur la capacité de travail; cf. dossier OAIE, pièce n° 29 p. 6; cf. également pièce n° 31 p. 7). Il ressort en outre clairement de l'expertise rhumatologique que les examens entrepris n'ont pas permis d'objectiver un substrat organique permettant d'expliquer les douleurs exprimées par la recourante (cf. dossier OAIE, pièce n° 29 p. 6 ss, sous ch. IV ["Beurteilung"], en particulier p. 7 à 11).

Il apparaît ainsi que sur le plan somatique, les troubles de la recourante demeurent d'origine inconnue et sans constat d'un déficit organique. Ce

diagnostic est du reste corroboré par les certificats et rapports médicaux – postérieurs à l'expertise – produits par la recourante dans le cadre de la procédure de recours (cf. le rapport clinique de l'Hôpital de Braga du 21 février 2013 et le certificat médical du Dr F._____ du 4 mars 2013 joints au mémoire de recours [dossier du Tribunal, pièce n° 1]; cf. également le certificat médical du Centre sanitaire de Povoa do Lanhoso du 14 mai 2013 [postérieur à la décision entreprise] joint au mémoire de recours). Partant, il s'agit uniquement d'examiner si la recourante disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état.

5.3.2 Se référant expressément à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux (cf. dossier OAIE, pièce n° 31 p. 9), le Dr H._____ a retenu à cet égard la présence d'une comorbidité légère à moyenne, relevant notamment que l'état psychique de la recourante s'était amélioré en raison de son retour au Portugal (cf. à ce propos dossier OAIE, pièce n° 31 p. 8). Il a notamment également tenu compte que le Dr L._____ n'avait pas constaté d'affections corporelles chroniques entrainant une limitation de la capacité de travail de la recourante, ainsi que de l'absence de perte d'intégration sociale de cette dernière et du caractère progressif et persistant des troubles douloureux (cf. dossier OAIE, pièce n° 31 p. 9). A l'issue d'une appréciation consensuelle du cas particulier, les experts ont dans ces circonstances considéré que la recourante présentait dans son ancienne activité notamment une incapacité de travail de 25 % pouvant être réduite de l'ordre de 5 à 10 % par des mesures thérapeutiques appropriées (dossier OAIE, pièce n° 31 p. 15 et 16; cf. également pièce n° 32).

5.4 Sur la base des prises de position de son service médical des 24 septembre et 13 décembre 2012 (cf. dossier OAIE, pièces n° 37 et 39; cf. également pièce n° 38), ainsi que de l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée, l'autorité inférieure a pour sa part considéré que le trouble dépressif récurrent de sévérité légère dont souffrait la recourante ne présentait pas un caractère invalidant, qu'il n'avait pas été constaté de modification substantielle objective du cadre clinique relatif au syndrome douloureux de type fibromyalgique et que la recourante ne subissait en outre pas de perte d'intégration sociale. L'autorité inférieure en a déduit que cette dernière disposait des ressources lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail, notamment dans son ancienne activité salariée, de sorte qu'une incapacité de gain au sens de l'art. 7 al. 2 LPGA n'était en l'occurrence pas donnée (cf. décision entreprise du 2 mai 2013 [dossier OAIE, pièce n° 49], p. 2-3).

A cet égard, il s'agit de relever que les prises de position du service médical de l'autorité inférieure reposent essentiellement sur les constatations des experts et ne sont que très succinctement, voire pas du tout motivées. Il n'apparaît en outre pas que ces documents – pas plus que la décision attaquée – fassent mention du caractère progressif et persistant des troubles douloureux de la recourante, apparus en 2000, ainsi que de l'échec, à tout le moins partiel, des traitements thérapeutiques entrepris à ce jour. Dans ces conditions, le Tribunal est d'avis qu'ils ne sont pas susceptibles, comme tels, de renverser les conclusions des experts (cf. consid. 1.4.2 ci-avant) et ne suffisent donc pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requise (cf. consid. 1.4.1 ci-avant), que la recourante ne présentait dans son ancienne activité aucune diminution de sa capacité de travail.

Dans le cadre du présent litige, il n'est cependant pas nécessaire de trancher entre la position de l'autorité inférieure et celle des experts, dès lors que sur la base de cette dernière également, compte tenu d'une diminution de la capacité de gain proportionnelle à l'incapacité de travail dans l'ancienne activité (25 %) et d'une éventuelle déduction supplémentaire sur la salaire de 10 à 15 %, la recourante ne présente de toute façon pas un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. consid. 4.1 et 4.2 ci-avant). Il reste donc à examiner si les documents médicaux versés par la recourante sont de nature à remettre en cause l'appréciation des experts, respectivement de l'autorité inférieure, selon laquelle les troubles de la recourante n'entrainaient pas une incapacité de travail et de gain suffisante pour ouvrir le droit à une rente.

5.5 A cet égard, on relèvera en premier lieu que le certificat médical du Centre sanitaire de Povoa do Lanhoso du 14 mai 2013 (dossier du Tribunal, annexes au mémoire de recours [pièce n° 1]), aux termes duquel la recourante présente une grande incapacité dans l'exercice de toute activité professionnelle, a été établi postérieurement à la date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de céans (cf. consid. 2 ci-avant), et n'a donc – en principe – pas à être pris en considération dans le cadre de la présente procédure (cf. consid. 2 ci-avant). Par surabondance, on notera que ce document, extrêmement succinct, ne fait apparaître aucun élément dont il n'aurait pas été tenu compte dans le cadre de l'expertise, au vu duquel il s'agirait de douter des conclusions de celle-ci. Il en va par ailleurs de même du rapport clinique de l'Hôpital de Braga du 21 février 2013 (dossier du Tribunal, annexes au mémoire de recours [pièce n° 1]), qui atteste de

l'incapacité de travail définitive de la recourante en raison de douleurs polyarticulaires intenses et continues avec épisodes d'exacerbation fréquents nécessitant une médication permanente et des traitements physiothérapeutiques réguliers. Dans ces conditions et compte tenu de la différence consacrée par la jurisprudence entre le mandat d'expert et celui de médecin traitant (cf. consid. 1.4.2 *i.f.* ci-avant), force est de constater que ces documents ne sont pas de nature à infirmer les conclusions du rapport d'expertise.

Il en va en revanche autrement en ce qui concerne le rapport médical du Dr F._____ du 4 mars 2013 (dossier du Tribunal, annexes au mémoire de recours [pièce n° 1]), selon lequel la recourante continuait de présenter une incapacité de travail de 50 %. Etabli près de six mois après le rapport d'expertise, ce rapport fait en effet notamment état d'une aggravation du tableau psychopathologique, avec des épisodes dépressifs récurrents moyens à graves ayant contribué de manière définitive à la perturbation du cadre douloureux. Aucune indication n'est certes apportée sur les causes de cette aggravation et ce document ne constitue manifestement pas une base raisonnable pour trancher l'affaire au fond. Il suffit néanmoins à jeter un doute suffisant sur le point de savoir si à la date de la décision litigieuse, la recourante disposait des ressources lui permettant de surmonter ses douleurs ou si, au contraire, tel n'était pas le cas en raison d'une détérioration de son état de santé psychique, de sorte que la mise en valeur de sa capacité de travail ne pouvait plus être exigible de sa part (cf. consid. 4.3 ci-avant) – ou seulement dans une mesure insuffisante pour exclure le droit à une rente (cf. consid. 4.1 et 4.2 ci-avant, en particulier consid. 4.1.2).

En outre, ce doute est encore renforcé par le fait que la recourante est notamment traitée au moyen de Venlafaxine à un dosage relativement élevé, à savoir 150 mg par jour (cf. le certificat médical du Dr F._____ du 4 mars 2013 joint au mémoire de recours [dossier du Tribunal, pièce n° 1]), psychotrope généralement utilisé pour le traitement et la prévention des récidives des épisodes dépressifs majeurs.

5.6 Il s'ensuit qu'en l'état, le dossier ne permet pas de se prononcer sur l'invalidité de la recourante, de sorte qu'il doit être complété. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, la recourante pourra bénéficier des garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir l'établissement d'une

nouvelle expertise psychiatrique visant à établir la nature et la sévérité des troubles dépressifs de la recourante, ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail, eu égard également aux "critères de Foerster". L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'administration pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

6.
Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Partant, il n'y a en l'occurrence pas lieu de percevoir de frais de procédure (cf. art. 69 al. 2 LAI et art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de Fr. 400.-- versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, à charge pour cette dernière de communiquer un numéro de compte bancaire au moyen duquel le remboursement puisse intervenir. La recourante, qui a renoncé à s'adjoindre les services d'un mandataire professionnel, n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, une indemnité à titre de dépens ne lui est pas allouée (art. 64 al. 1 PA *a contrario* et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 2 mai 2013 est partiellement annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et pour nouvelle décision au sens du considérant 5.6.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.-- est restituée à la recourante dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
– 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.

Le président du collège :	Le greffier :
Pascal Mollard	Raphaël Bagnoud

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, 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 ne court pas du 18 décembre au 2 janvier inclus (art. 46 al. 1 let. c LTF). Le mémoire doit être rédigé dans une langue officielle et 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 recourante (art. 42 LTF).

Expédition :