



Cour III
C-1810/2012

Arrêt du 14 avril 2014

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Beat Weber et Daniel Stufetti, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, 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 14 mars 2012).

Faits :**A.**

La recourante A._____, ressortissante portugaise née en 1963, travaille à plein temps en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance de 1987 à 1996 en qualité d'ouvrière dans une fabrique de saucisses (dossier de l'Office AI du canton de Vaud [ci-après: OAI VD], p 25; doc 33 p. 5 in fine). Souffrant notamment de douleurs au thorax sur ostéo-arthrite, elle doit cesser l'exercice de toute activité lucrative dès le 7 mars 1996 pour des raisons de santé (dossier OAI VD, p. 38-39).

B.

Par décision du 5 février 1999 (dossier OAI VD, p. 14), l'administration cantonale met l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mars 1997. Elle s'appuie avant tout sur un rapport médical du 9 avril 1996 retenant la présence d'un syndrome de SAPHO (doc 6 p. 26 ss) et un certificat rhumatologique du 26 janvier 1998 posant le diagnostic d'ostéo-arthrite du thorax (doc 6 p. 18).

C.

Après avoir récolté des rapports médicaux des 16 février 2000 (doc 6 p. 17), 28 juin 2000 (doc 6 p. 16) et 4 septembre 2001 (dossier OAI VD, p. 5 s.), l'administration confirme le droit à la rente de l'intéressée par lettre du 12 septembre 2001 (dossier OAI VD, p. 4).

D.

L'assurée ayant déménagé au Portugal fin 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) se charge de mettre en œuvre une deuxième procédure de révision de la rente en 2005. Finalement, par lettre du 31 août 2006 (doc 13), il informe l'assurée que le droit à la rente a été examiné et qu'il n'est pas apparu de changement significatif du taux d'invalidité.

E.

Dans le cadre d'une troisième procédure de révision du droit à la rente, l'assurée est notamment examinée au Centre B._____. Dans un rapport du 20 septembre 2011 (doc 33), les experts concluent à une amélioration de l'état de santé de l'assurée qui présenterait nouvellement une capacité de travail entière dans un travail adapté. Fort de ces conclusions, l'OAIE, par décision du 14 mars 2012 (doc 50) faisant suite à un projet de décision du 14 novembre 2011 (doc 37), supprime le droit à la rente de l'assurée avec effet au 1^{er} mai 2012.

F.

F.a Par acte daté du 28 mars 2012 (pce TAF 1), l'intéressée interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral en arguant d'une péjoration de son état de santé. Par ailleurs, dans un complément au recours daté du 26 juin 2012 (pce TAF 5), elle signale qu'elle se trouve dans une situation financière très difficile.

F.b Par ordonnance du 9 juillet 2012 (pce TAF 6), le Tribunal administratif fédéral invite l'autorité inférieure à déposer sa réponse au recours jusqu'au 17 septembre 2012. En outre, dans une deuxième ordonnance datée du même jour (pce TAF 7), il impartit à l'assurée un délai de 30 jours pour remplir le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" et les moyens de preuve y afférents.

F.c Par courrier daté du 17 juillet 2012 (pce TAF 9), la recourante retourne au Tribunal le formulaire "Demande d'assistance judiciaire".

F.d Par ordonnance du 21 septembre 2012 (pce TAF 11), le Tribunal de céans accorde à l'autorité inférieure une prolongation du délai jusqu'au 22 octobre 2012 pour déposer son préavis. Dans un courrier du 9 octobre 2012 adressée à l'OAIE (pce TAF 14 p. 2), la recourante réagit à cet écrit en disant qu'elle accepte la prolongation du délai et en soulignant que son état de santé s'est détérioré.

F.e Le préavis de l'autorité inférieure étant parvenu au Tribunal administratif fédéral dans le délai imparti (pce TAF 12 [réponse au recours du 2 octobre 2012 réceptionnée le 8 octobre 2012]), la recourante est invitée, par ordonnance du 26 octobre 2012 (pce TAF 13), à répliquer ainsi qu'à compléter sa demande d'assistance judiciaire dans un délai de 30 jours dès réception dudit acte.

F.f Dans un courrier daté du 6 novembre 2012 adressé à l'OAIE (pce TAF 16 p. 3 ss), la recourante manifeste son désaccord quant à la suppression du droit à la rente qu'elle estime injustifiée. L'autorité inférieure transmet cet acte au Tribunal de céans par courrier du 13 novembre 2012 (pce TAF 16 p. 1 s.).

F.g Par courrier du 6 février 2014 (pce TAF 17), la recourante produit un certificat médical du 7 novembre 2013 (pce TAF 17 p. 3).

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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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 la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge 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 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

2.2 En ce qui concerne le droit international, il sied de relever que la requérante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, on note 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) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. A cette date sont ainsi entrés en vigueur, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et le règlement n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972. Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont en principe soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, étant relevé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 474/72). On précisera que les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 – qui au demeurant n'ont pas apporté de modifications par rapports aux principes précités – sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012, soit à une date postérieure à la décision entreprise. Ils ne trouvent donc pas application dans la présente affaire.

2.3 Au niveau du droit interne, le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (cf. ATF 138 V 475, notamment consid. 3.4), puis, dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des dispositions de la 6^{ème} révision (1^{er} volet) valables dès cette date, étant relevé que le nouveau droit n'a pas apporté de changement pour l'état des faits à juger en l'espèce.

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 et les références).

4.

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en supprimant la rente entière de l'assurée avec effet au 1^{er} mai 2012 par voie de la révision.

5.

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 2).

6.

Avant toute chose, il convient de définir les moments déterminants pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assurée in casu.

6.1 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74^{ter} RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré qu'au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits s'il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la

matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

6.2 En l'espèce, l'OAIE, par lettre du 31 août 2006 (doc 13), a informé l'assurée que son droit à la rente avait été examiné et qu'il avait été constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente. Ce document se basait sur une documentation médicale détaillée, à savoir notamment un rapport établi suite à la réalisation d'un scanner du 12 décembre 2005 (doc 6 p. 1), un rapport radiologique du 14 décembre 2005 (doc 6 p. 30), un rapport rhumatologique du 20 décembre 2005 (doc 6 p. 2), un rapport médical E 213 du 25 janvier 2006 (doc 6 p. 3 ss) et un rapport final du service médical de l'OAIE du 27 août 2006 (doc 12). Conformément à la jurisprudence précitée, il y a donc lieu de considérer cet acte comme point de départ pour juger de l'évolution de l'état de santé, ce qui est par ailleurs admis par l'autorité inférieure (cf. questions aux experts du 22 mars 2011 [doc 28 p. 3, 1^{ère} ligne] et rapport du Dr F. _____ du 13 octobre 2011 [doc 35]).

7.

7.1 Sur le plan médical, il sied d'apporter à titre liminaire quelques précisions à propos du syndrome de Sapho qui est mentionné à plusieurs reprises dans la documentation versée au dossier. Selon l'encyclopédie Orphanet, le syndrome SAPHO désigne plusieurs affections chroniques qui peuvent toucher à la fois la peau, les os et les articulations. Le regroupement de ces affections sous un même syndrome a été proposé en 1987 par le professeur Kahn et la Société Française de Rhumatologie. Les initiales formant le mot SAPHO correspondent aux principales manifestations observées au cours du syndrome: la Synovite (inflammation de l'enveloppe qui entoure les articulations), l'Acné (affection de la glande sébacée des poils), la Pustulose (maladie inflammatoire de la peau), l'Hyperostose (croissance excessive d'un ou plusieurs os) et l'Ostéite (atteinte inflammatoire de l'os). Les personnes atteintes du syndrome SAPHO ne présentent pas forcément toutes ces manifestations en même temps ni successivement, quasiment toutes les combinaisons de symptômes sont possibles (Le syndrome SAPHO, article tout public rédigé avec la collaboration du Prof. Gilles Hayem en janvier 2007 et publié sur le site internet Orphanet [www.orphanet.ch]).

7.2 Cela étant, la lettre de l'OAIE du 31 août 2006 confirmant le droit à la rente se basait avant tout sur les documents suivants.

7.2.1 Un rapport du 12 décembre 2005 établi suite à la réalisation d'un scanner (doc 6 p. 1) faisait part de lésions bilatérales hyperostosantes des articulations claviculaires, prédominant à droite, sans que des lésions osseuses expansives soient mises en évidence (voir aussi rapport radiologique du 14 décembre 2005 [doc 6 p. 30]).

7.2.2 Un rapport rhumatologique du 20 décembre 2005 (doc 6 p. 2), relevait que la patiente avait souffert d'un syndrome de SAPHO et qu'elle présentait des séquelles sous forme d'une déformation marquée de la cage thoracique antérieure, particulièrement des articulations sternoclaviculaires, avec compromission fonctionnelle marquée due essentiellement à la limitation de la mobilité de la ceinture scapulaire, sans que n'apparaissent actuellement des signes d'activité inflammatoire significative.

7.2.3 Un rapport E 213 du 25 janvier 2006, posait les diagnostics de hernie discale lombaire depuis 1998, d'épaule douloureuse à droite, de céphalées chroniques et de diminution de la vue (doc 6 p. 10 n° 7). Le médecin de l'office de liaison concluait que l'assurée ne disposait plus d'une quelconque capacité de travail résiduelle (doc 6 p. 12 n° 11.4-11.6).

7.2.4 Sur la base de ces certificats, le Dr C. _____, du service médical de l'OAIE posait les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail qui suivent:

(1) Ostéo-arthrite du thorax antérieur

- début au niveau de la clavicule gauche en 1989,
- vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome de SAPHO,
- IRM 03/96 et Scanner 22.03.1996 et 2.10.1996: nombreux foyers proximale Clavicula,
- biopsie osseuse 03/96: propionibacterium acnes, staphylocoque,
- status après traitement antibiotique en 1996 sans amélioration notoire; depuis lors traitement avec des anti-inflammatoires,
- par la suite, formation d'une ankylose presque complète des os concernés,
- Scanner thorax du 12.12.2005: hyperostose au niveau des articulations sterno-claviculaires des deux côtés sans signe de lésions ostéolytiques ou ostéoplastiques; poumons et Mediastinum normaux,
- pas de signes d'inflammation actuellement mais diminution de la souplesse et douleurs au niveau des épaules,

(2) Lombosciatalgie à droite sur hernie discale depuis 1998.

Selon lui, l'état de santé s'était stabilisé et il convenait de retenir que la situation médicale n'avait pas connu de changement, à savoir que l'intéres-

sée présentait toujours une incapacité de travail totale pour toute profession (cf. prises de position des 8 septembre 2005 [doc 6 p. 15] et 27 août 2006 [doc 12 p. 1]).

7.3 Dans le cadre de la révision de la rente ouverte en avril 2010, l'administration a notamment récolté un rapport orthopédique du 11 août 2010 (doc 21), 6 radiographies du 11 août 2010 (doc 19), un rapport E 213 du 23 novembre 2010 faisant notamment part d'un état de santé stationnaire depuis le rapport précédent (doc 20 p. 5 n° 8), une expertise bidisciplinaire (médecine interne/rhumatologie) du 20 septembre 2011 (doc 33), deux documents médicaux datés du 24 décembre 2011 (doc 40, 41) et plusieurs prises de position de son service médical des 22 janvier, 21 février et 13 octobre 2011 ainsi que du 3 mars 2012 (doc 26, 27, 35 et 47). Dans l'expertise susmentionnée du 20 septembre 2011, les Drs D._____ et E._____ posent les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de rhumatisme d'origine indéterminée de la ceinture scapulaire (1989) et de lombalgies chroniques sur éventuelle hernie discale (2000) (doc 33 p. 11 n° 4a). Selon eux, une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, est exigible de la part de l'assurée dans un poste de travail sans manipulations au-dessus du plan des clavicules, sans exigence de vitesse (pas de travail à la chaîne), où l'activité est légère (pas de port occasionnel de charge supérieur à 10 kg ou répétitif supérieur à 5 kg) et où il est possible de changer fréquemment de positions (toutes les 45 minutes) (doc 33 p. 9, avant dernier paragraphe).

7.4 Sur la base de cette documentation, l'OAIE conclut que l'assurée est nouvellement en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée, ce qui justifie la suppression de la rente AI versée jusqu'alors. La recourante dénie toute amélioration de son état de santé et argue même d'une détérioration de son état de santé.

8.

Le Tribunal de céans prend position comme suit.

8.1 Les conditions pour procéder à une révision matérielle ne sont pas remplies lorsque l'on se trouve en présence d'une appréciation juridique ou médicale divergente d'un état de fait resté pour l'essentiel identique. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf., parmi d'autres, arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

8.2 Pour déterminer si un changement permettant de fonder une révision matérielle est donné dans un cas d'espèce, il sied de comparer l'état de santé antérieur à l'état actuel. L'objet de la preuve est donc la présence d'une différence significative au sens de l'art. 17 LPGA, étant précisé que celle-ci doit ressortir de la documentation médicale versée au dossier dans le cadre de la procédure de révision. Il s'ensuit que le relevé des constats portant sur l'état de santé actuel et ses répercussions fonctionnelles constitue certes le point de départ de l'appréciation médicale; il ne peut toutefois être déterminé de manière indépendante. En effet, il est seulement pertinent pour l'issue de la cause dans la mesure où il démontre une différence effective dans l'état des faits par rapport à la situation médicale antérieure. La valeur probante d'une expertise exécutée dans le cadre d'une révision dépend donc essentiellement du point de savoir si elle se rapporte de façon suffisante à la preuve requise, à savoir à un changement notable de l'état des faits. Il en découle qu'une appréciation médicale en soi complète, claire et concluante — à laquelle il conviendrait d'accorder la préséance dans le cadre de la détermination initiale du droit à la rente — ne présente en principe pas la valeur probante juridiquement requise si cet avis (qui diffère d'une estimation antérieure) ne se prononce pas de façon suffisante quant au changement effectif de l'état de santé. Une exception à cette règle se justifie uniquement s'il paraît évident que la situation médicale a évolué (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 et les références citées).

8.3 Compte tenu du caractère comparatif de l'objet de la preuve en matière de révision et de la nécessité de délimiter les changements significatifs de l'état des faits d'une simple appréciation divergente, il doit apparaître que les faits qui sont mis en avant pour justifier d'un changement sont nouveaux ou que les faits ayant déjà existés antérieurement se sont substantiellement modifiés dans leur nature ou leur ampleur. Ainsi, selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus dans le cadre d'une procédure de révision soient restés identiques à ceux posés antérieurement n'exclut certes pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant une modification notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit nécessite toutefois un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (voire arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C_761/2010 du 1^{er} mars 2011 consid. 2.2.2). En outre, une démarcation crédible entre changement effectif ou seulement supposé n'est pas atteinte au niveau de la preuve requise, lorsque seulement des différences nominatives quant

aux diagnostics sont retenues. En revanche, la constatation d'une modification effective par rapport à l'état antérieur est suffisamment démontrée, lorsque l'expert fait part des points de vue concrets dans le développement de la maladie et l'évolution de l'incapacité de travail qui l'ont conduit à poser de nouveaux diagnostics et une nouvelle appréciation de l'étendue des troubles (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et les références citées).

8.4 En l'occurrence, — quoiqu'en dise le Dr F._____, du service médical de l'OAIE (cf. rapport du 13 octobre 2011 [doc 35]) — force est de constater que les explications des experts quant à une amélioration significative de l'état de santé depuis le 31 août 2006 sont tout à fait insuffisantes. En effet, les Drs D._____ et E._____ ont établi une rubrique "réponse aux questions de l'OAIE" dans le rapport d'expertise du 20 septembre 2011 (cf. doc 33 p. 11 s.). Le chiffre 5a est intitulé "appréciation du cas avec évolution de la (des) maladie(s) (amélioration, aggravation, état stationnaire) depuis l'attribution de la rente, respectivement depuis la dernière révision". Les praticiens précités répondent qu'"il y a une amélioration, la capacité de travail étant actuellement complète dans une activité adaptée". Vu que le mandat aux experts du 22 mars 2011 demandait expressément aux Drs D._____ et E._____ de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis le 31 août 2006 (doc 28 p. 3, question 2a, 2^{ème} tiret), on peut donc partir de l'idée que ces spécialistes, au chiffre 5a précité, concluent à une amélioration de l'état de santé depuis la dernière révision, à savoir depuis le 31 août 2006. Or, cette affirmation ne se base sur aucune analyse concrète et ne satisfait pas aux critères jurisprudentiels susmentionnés. En effet, dans la partie de l'expertise "synthèse et discussion", on trouve uniquement la mention que les critères d'hyperostose et d'ostéite — qui avait justifié en 1996 de poser le diagnostic de syndrome de SAPHO — ne se retrouvent plus, de sorte que ce syndrome ne peut plus être retenu en date de l'expertise (doc 33 p. 9; pour une définition du syndrome de SAPHO, cf. supra consid. 7.1). Or, si cette affirmation permettrait éventuellement de conclure à une amélioration de l'état de santé depuis l'octroi initial de la rente en 1999, elle n'est d'aucune utilité pour se déterminer quant à la période courant au-delà du 31 août 2006. En effet, dans la documentation médicale récoltée en 2005/2006, il était déjà fait part d'un statut après ostéo-arthrite (cf. notamment rapport du Dr C._____ du 27 août 2006 mentionnant l'historique médical de la recourante en rapport avec l'ostéo-arthrite et signalant qu'il n'y a pas de signe d'inflammation actuellement [doc 12 p. 1]; rapport du 20 décembre 2005 faisant part d'*antécédents* et *séquelles* d'un syndrome de SAPHO [doc 6 p. 2]; voir aussi rapport du 12 décembre 2005 relevant l'absence de lésions osseuses ex-

pansives [doc 6 p. 1]). On peut ainsi en déduire qu'en 2006 déjà l'assurée ne présentait plus de processus d'hyperostose et d'ostéite en cours. Le corps médical se bornait à relever une déformation marquée de la cage thoracique engendrant des limitations fonctionnelles et des douleurs (rapport des 20 décembre 2005 [doc 6 p. 2] et 27 août 2006 [doc 12]). Or, les Drs D._____ et E._____ relèvent expressément dans l'expertise du 20 septembre 2011 que la déformation de la paroi thoracique antérieure, particulièrement des articulations sterno-claviculaires, existe toujours (doc 33 p. 9, paragraphe 5) et posent en rapport avec cette affection le diagnostic très général de rhumatisme d'origine indéterminée de la ceinture scapulaire dès 1989 (doc 33 p. 11 n° 4a). Par ailleurs, on relève qu'une problématique lombaire est retenue en 2006 comme en 2011 dans la catégorie des atteintes avec répercussions sur la capacité de travail (doc 12 p. 1; doc 33 p. 11 n° 4a). En l'état du dossier, il semble donc que les diagnostics posés aux moments déterminants (31 août 2006 et 14 mars 2012) n'étaient pas foncièrement différents. Dans ces circonstances, comme on l'a vu (cf. supra consid. 8.2 s.), les experts mandatés se devaient d'être plus précis et de fonder leur appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée en superposant les plaintes et les constats cliniques ayant été retenus en date du 31 août 2006 aux plaintes et constats cliniques observés lors de l'examen effectué au Centre B._____ le 17 juin 2011 pour en tirer les conclusions idoines en rapport avec l'évolution de la capacité de travail de l'assurée. Ceci n'ayant pas été fait, l'expertise du 20 septembre 2011 ne saurait suffire pour emporter la conviction et un complément d'instruction sur ce point s'avère donc indispensable.

9.

Un renvoi de la cause pour instruction complémentaire s'impose également en rapport avec la question de la nécessité d'éventuelles mesures de réadaptation.

9.1 Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée; autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Dans certains cas très particuliers, notamment lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était en principe pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement

documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsque il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêts 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid.4.2.2 et les références citées; 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2; 9C_376/2011 du 17 novembre 2011 consid. 6). Le Tribunal fédéral a précisé que cette pratique ne s'appliquait dans la règle qu'aux assurés ayant atteint l'âge de 55 ans ou qui ont été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis plus de 15 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2010 du 16 avril 2011 consid. 3.3 ss; voir aussi ATF 139 V 442 consid. 3 s.).

9.2 En l'espèce, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière de mars 1997 à avril 2012, soit pendant une durée totale de 15 années et 2 mois. Elle entre donc dans la catégories des cas exceptionnels pour lesquels il est possible de reconnaître la nécessité de mettre préalablement en œuvre des mesures d'ordre professionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_614/2013 du 2 décembre 2013 consid. 6). Or, force est de constater que l'autorité inférieure ne s'est à aucun moment prononcée sur ce point. Egalement sous cet angle, il se justifie donc de renvoyer l'affaire à l'administration pour qu'elle procède au complément d'instruction qui s'impose. Ce n'est qu'à la suite de cet examen — et dans l'hypothèse où le complément d'instruction sur le plan médical confirmerait une amélioration significative de l'état de santé (cf. supra consid. 8) — que l'OAIE pourra statuer définitivement sur la révision de la rente.

10.

Eu égard à tout ce qui précède, il appert que les actes de la cause ne permettent pas de juger valablement — au niveau du degré de preuve requis en matière d'assurance invalidité — de l'état de santé de l'assurée et de l'éventuelle nécessité d'accomplir des mesures de réadaptation. Il se justifie donc de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire en application de l'art. 61 PA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Dans ce cadre, l'autorité inférieure veillera, autant que possible et

par tous les moyens jugés utiles, de récolter une documentation médicale complète auprès des médecins traitants de l'intéressée qui permette de suivre la médication prescrite à cette dernière pendant la période déterminante (avec mentions des doses des médicaments et de la fréquence des consultations en urgence) et éventuellement de mettre en évidence les nouvelles affections au cœur et à l'estomac dont s'est plainte l'assurée (cf. mémoire du 9 octobre 2012 [pce TAF 14 p. 2]) sans toutefois produire de certificats médicaux y relatifs (cf. aussi rapport médical du 7 novembre 2013 mentionnant une affection incapacitante à la main [pce TAF 17 p. 3]). Ensuite, elle mettra en œuvre un complément de l'expertise du 20 septembre 2011 avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un spécialiste en médecine interne (cf. supra consid. 9.4). Comme l'assurée argue d'une péjoration de son état de santé postérieure au 14 mars 2012, les experts retenus se prononceront également sur l'évolution de l'état de santé depuis lors. En tant que ces spécialistes confirmeraient une amélioration significative de l'état de santé depuis le 31 août 2006 et la présence d'une capacité de travail résiduelle dans un travail adapté, l'OAIE se prononcera encore sur la nécessité de mettre en œuvre des mesures de réadaptation. Enfin, l'administration prendra une nouvelle décision, en principe après avoir sollicité son service médical d'établir un rapport final.

11.

11.1 Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). La demande d'assistance judiciaire partielle de l'assurée devient ainsi sans objet.

11.2 La recourante ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA 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]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 14 mars 2012 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et prise d'une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

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 ; annexes : pces TAF 16 et TAF 17)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :