



Arrêt du 5 novembre 2012

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Francesco Parrino, Vito Valenti, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

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 mars 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissante suisse, née le (...) 1968, mariée, mère d'une fille née le (...) 1994, a subi un accident de voiture avec distorsion et contusion cervicale type coup du lapin le 29 décembre 1995. A cette date elle retirait des allocations de chômage depuis janvier 1995 (AI pce 11). Par décision du 10 janvier 2000, l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après: OAI-GE) lui a octroyé une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} décembre 1996 pour un taux d'invalidité de 100% (AI pce 35). Les rapports médicaux versés en cause ont alors mis en exergue un trouble dépressif sévère (cf. notamment certificat du Dr B._____ du 23 avril 1999 [pce 18] , rapports psychologiques du Dr C._____ des 20 mars 1999 et 7 mai 1999 [AI pces 19 et 20] et expertise psychiatrique du Dr D._____ du 29 juillet 1999 [AI pce 24]).

B.

En novembre 1999, l'intéressée s'est installée avec son mari et sa fille à X._____ en France près de Genève (AI pce 36). Le (...) 2000 A._____ a donné naissance à un fils.

C.

Lors d'une première révision de la rente, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) alors compétent a commandé une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr D._____, psychiatrie et psychothérapie FMH. Dans son expertise du 16 juillet 2001 (AI pces 64 et 65), ce médecin atteste des signes dépressifs comparables à ceux constatés lors de son expertise de juillet 1999. Il diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (de même intensité qu'en juillet 1999), une agoraphobie avec trouble panique et une phobie de la voiture. Il estime que, après une psychothérapie et une pharmacothérapie d'au moins deux ans, l'assurée devrait retrouver une capacité de travail de 50%. Par communication du 10 août 2001 (AI pce 68), l'OAIE a confirmé la rente entière d'invalidité.

Lors d'une deuxième révision de la rente, l'OAIE a demandé un nouveau rapport médical au Dr D._____. Celui-ci a constaté en juin 2003 que l'assurée n'avait entrepris aucune démarche thérapeutique psychiatrique depuis l'été 2001. Selon l'échelle de Hamilton elle souffrait d'une dépression modérée. Le fait que l'assurée n'ait jamais entrepris de traitement psychiatrique laissait selon le Dr D._____ la possibilité d'une amé-

lioration ouverte (AI pce 78). Par communication du 26 septembre 2003 (AI pce 82) l'OAIE a confirmé la rente entière d'invalidité.

D.

Le 11 mars 2008, l'OAIE introduit une nouvelle révision de la rente (AI pce 83). L'assurée indique être en traitement auprès du Dr E._____ (AI pce 84). Le questionnaire adressé au Dr E._____ et retourné le 5 septembre 2008, ni daté et ni signé, mentionne des cervicalgies accompagnées de migraines depuis 1995 et un syndrome dépressif, l'incapacité de travail étant de 100% depuis 1995 et l'état de santé de l'assurée stationnaire (AI pce 87).

Le médecin de l'OAIE, dans son rapport du 8 octobre 2008, considère ce rapport comme insuffisant, entre autres parce qu'il n'indique pas la gravité du syndrome dépressif (AI pce 90). L'OAIE invite donc le Service Médical Rhône-Alpe à examiner l'assurée (AI pce 91). Dans son rapport médical de révision d'invalidité du 2 avril 2009, le Dr F._____ retient le diagnostic d'épisodes dépressifs (F 32). Il précise que la phobie de la conduite en voiture ne peut justifier d'une invalidité et, compte-tenu de l'âge de l'assurée, une activité salariée avec une capacité de gain supérieure à 50% est possible (AI pce 96).

E.

Dans sa réponse du 3 juin 2009 le Dr G._____, médecin de l' OAIE, constate que selon les rapports des Drs E._____ et F._____ il n'y a pas de trouble somatique invalidisant et que la situation psychiatrique est peu claire. Si seul un ralentissement psychomoteur léger était présent, les critères pour une légère dépression F32.0 ne seraient même pas remplis. Le médecin de l'OAIE considère qu'un rapport psychiatrique d'une instance neutre est nécessaire (AI pce 100). Dans une prise de position ultérieure du 21 novembre 2009 le Dr G._____ fixe l'incapacité de travail aussi bien dans l'activité habituelle que dans la conduite du ménage à 0%. Il constate que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré parce que le Dr D._____ mentionnait encore un épisode dépressif moyen dans son rapport du 4 juillet 2003 (AI pce 105).

Appelé à se prononcer, dans son avis du 27 avril 2010, le Dr H._____, psychiatre FMH, du Service médical régional de l'Assurance-Invalidité (ci-après: SMR) Rhône constate qu'il est difficile de conclure à la présence ou à l'absence d'une amélioration significative de l'état de santé sur la base des documents psychiatriques disponibles et considère qu'une expertise psychiatrique est nécessaire (AI pce 110).

F.

Dans son expertise psychiatrique du 15 juillet 2010, le Dr I._____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, mentionne que l'assurée dit ne plus faire de cauchemars ni n'avoir de reviviscences diurnes (flash-backs), elle utilise un véhicule uniquement pour les trajets courts qui lui sont familiers, elle peut se rendre seule à l'extérieur pour faire des démarches administratives (mairie, poste), par contre elle est gênée par la lumière et le bruit dans les grands magasins et elle dit ne pas pouvoir porter des poids même légers. Elle peut faire le ménage (ranger la vaisselle, enlever la poussière, passer l'aspirateur, repasser, faire la cuisine, faire la lessive), mais doit faire des pauses. Le Dr I._____ ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. L'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) n'ont selon le Dr I._____ pas de répercussion sur la capacité de travail car il doit être considéré qu'il peut être raisonnablement exigé de la part de l'assurée qu'elle fournisse un effort pour surmonter les douleurs qu'elle ressent et de reprendre un processus de travail. L'assurée estime que son état s'est péjoré, mais selon le Dr I._____, objectivement, il s'est amélioré. Ce dernier motive sa constatation comme suit: le Dr D._____ mentionnait en juillet 1999 et en juillet 2001 un épisode dépressif sévère. En juillet 2003 cet épisode est qualifié d'intensité moyenne et depuis le 2 avril 2009 au plus tard il est de degré léger. La capacité de travail a été pleinement récupérée au plus tard le 2 avril 2009. La capacité de travail actuelle, entière, est purement médico-théorique. Le Dr I._____ considère que, dans la pratique, il y a peu de chances que l'assurée s'engage dans un processus de reprise de l'activité professionnelle tant qu'elle est persuadée que les douleurs qu'elle ressent l'empêchent de travailler (AI pce 127).

G.

Dans son rapport final du 8 septembre 2010 le Dr H._____ du SMR Rhône précise que les plaintes douloureuses sans substrat somatique sont comprises dans la dépression primaire. Hormis cette inexactitude, le Dr H._____ qualifie l'expertise du Dr I._____ de très soigneusement rédigée et très complète. Depuis le 2 octobre 2009, on n'assiste plus à des symptômes maladifs ayant un impact sur la capacité de travail. Même sans traitement psychiatrique, l'assurée dispose d'une entière capacité de travail exigible (AI pce 129).

H.

Par projet de décision du 20 septembre 2010, l'OAIE signifie à A._____ qu'il entend supprimer sa rente d'invalidité parce qu'elle ne présente plus

aucun symptôme qui aurait un impact sur la capacité de travail (AI pce 130).

Par lettre du 11 janvier 2011 l'assurée présente des objections contre le projet de décision (AI pce 138) et produit une ordonnance de la Dresse J._____ du 2 juillet 2010 (AI pce 137), une ordonnance du Dr K._____ du 16 novembre 2010 (AI pce 135) et un certificat du Dr K._____ du 19 novembre 2010 (AI pce 136).

Dans son rapport final du 17 février 2011, le Dr H._____ du SMR Rhône considère que les trois documents produits par l'assurée n'ont aucune influence sur les conclusions de son rapport du 8 septembre 2010 (AI pce 142).

I.

Par décision du 2 mars 2011, L'OAIE supprime la rente entière d'invalidité perçue par A._____ à compter du 1^{er} mai 2011 (AI pce 145).

J.

Par courrier du 24 mars 2011, remis à la poste le jour suivant et parvenu le 30 mars 2011, l'assurée interjette recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal), concluant à la réforme de la décision en ce sens qu'elle continue, après le 30 avril 2011, à avoir droit à une rente d'invalidité entière. La recourante note qu'elle souffre toujours de douleurs intenses au niveau de la nuque ainsi que de fortes migraines quotidiennes et que sur le plan psychologique elle n'arrive pas à surmonter la situation. A l'appui de ses allégations elle produit divers documents médicaux (TAF pce 1).

K.

L'OAIE a resoumis le dossier au Dr H._____ du SMR Rhône. Dans son rapport du 20 juin 2011 ce médecin indique que les nouveaux documents n'apportent aucune nouvelle information qui n'ait pas été prise en considération à l'occasion de l'expertise du Dr I._____ (AI pce 148). Par réponse au recours du 26 juillet 2011, l'OAIE propose son rejet et la confirmation de la décision litigieuse. Il soulève que l'expertise psychiatrique du Dr I._____ conclut que la situation de l'assurée s'est notablement améliorée sur le plan psychique. Le service médical de l'OAIE a retenu que l'assurée dispose d'une entière capacité de travail exigible (TAF pce 5).

L'assurée réplique en date du 12 octobre 2011, maintenant sa position, elle argue qu'il n'y a pas motif à révision et qu'elle est en traitement au-

près du Dr L._____, psychiatre, depuis le 26 septembre 2011 (TAF pce 10).

L.

Par duplique du 23 novembre 2011, l'OAIE réitère sa proposition de rejet du recours (TAF pce 12) et produit la prise de position de son service médical du 18 novembre 2011, selon laquelle l'assurée ne prend qu'un léger antidépresseur et qu'une telle prescription n'a strictement aucune incidence sur la capacité de travail (AI pce 150).

Dans son courrier du 21 décembre 2011, la recourante critique que l'expertise du Dr I._____ soit ciblée sur l'état psychologique et ne soulève pas les problèmes physiques (nuque, dos et migraines). Elle demande à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale (TAF pce 14).

M.

Le 22 décembre 2011, l'assurée s'acquitte de l'avance de frais de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 13 et 15).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

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 Pour le surplus, la recourante a payé l'avance de frais dans le délai imparti. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

L'examen du droit à des prestations de l'assurance-invalidité s'agissant d'une révision de rente est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008 sont déterminantes. Les dispositions de la

6^{ème} révision (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont par contre pas applicables.

4.

4.1 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. 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 LPGA).

4.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un État de la Communauté 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. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un État membre.

5.

5.1 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.

5.2 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'imptence ou du

besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

5.3 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

5.4 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPG (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

5.5 Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2).

En l'espèce, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision de l'OAI-GE du 10 janvier 2000 (AI pce 35), entrée en force. En été 2001, l'OAIE a initié une première procédure de

révision et, sur la base d'une nouvelle expertise psychiatrique du Dr D._____, confirmé par communication du 10 août 2001 la rente entière d'invalidité (AI pce 68). Lors de la deuxième révision de la rente, l'OAIE a à nouveau commandé un rapport au Dr D._____ et, sur cette base, confirmé par communication du 26 septembre 2003 la rente entière d'invalidité (AI pce 82). La décision attaquée dans la présente procédure date du 2 mars 2011. Il s'ensuit que la période déterminante pour établir s'il y a eu une modification notable de l'état de santé de la recourante, s'étend du 26 septembre 2003 au 2 mars 2011.

6.

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature économique / juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

6.2 Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

En l'espèce, étant donné que la recourante ne travaille plus depuis des années, il y a lieu d'examiner l'ensemble des documents médicaux au dossier pour élucider la question du degré d'invalidité.

7.

Le tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement, sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire dans le cadre de la procédure inquisitoire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (cf. ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi les arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U_365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.

8.1 Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. Au demeurant, par exemple, la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi il serait enfreint à l'égalité de traitement entre les assurés. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une comorbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; PIRROTTA in: RSAS 2005 p. 525).

8.2 Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence

manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (cf. ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 avec les références citées). Tel est le cas 1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) d'un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intenses douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (cf. ATF 135 V 215 consid. 6.1 et 6.2).

9.

9.1 En janvier 2000, la rente d'invalidité entière a été octroyée en raison d'un trouble dépressif sévère (cf. notamment certificat du Dr B._____ du 23 avril 1999 [AI pce 18], rapports psychologiques du Dr C._____ des 20 mars 1999 et 7 mai 1999 [AI pces 19 et 20] et expertise du Dr D._____ du 29 juillet 1999 [AI pce 24]).

9.2 Dans le cas concret, le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité entière de A._____, l'OAIE ayant déterminé un taux d'invalidité inférieur à 40%. En l'occurrence, la rente entière a été confirmée lors des deux révisions antérieures (AI pces 68 et 82) qui ont fait l'objet d'un examen matériel puisque la recourante a été soumise à des expertises psychiatriques et les médecins de l'OAIE se sont exprimés. Dans son expertise du 16 juillet 2001 le Dr D._____, psychiatrie et psychothérapie FMH, atteste des signes dépressifs comparables à ceux constatés lors de son expertise de juillet 1999. Il diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (de même

intensité qu'en juillet 1999), une agoraphobie avec trouble panique et une phobie de la voiture. Il estime que, après une psychothérapie et une pharmacothérapie d'au moins deux ans, l'assurée devrait retrouver une capacité de travail de 50% (AI pces 64 et 65). En juin 2003, le Dr D._____ a constaté que l'assurée n'avait entrepris aucune démarche thérapeutique psychiatrique depuis l'été 2001. Selon l'échelle de Hamilton elle souffrait d'une dépression modérée. Le fait que l'assurée n'ait jamais entrepris de traitement psychiatrique laissait selon le Dr D._____ la possibilité d'une amélioration ouverte (AI pce 78).

9.3 En mars 2011, l'OAIE fonde sa décision sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr I._____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. L'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) n'ont selon le Dr I._____ pas de répercussion sur la capacité de travail car il doit être considéré qu'il peut être raisonnablement exigé de la part de l'assurée qu'elle fournisse un effort pour surmonter les douleurs qu'elle ressent et reprenne un processus de travail. L'évaluation des critères concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant ne montre pas d'arguments suffisants pour une atteinte incapacitante. Selon le Dr I._____ l'état de santé de l'assurée s'est objectivement amélioré. Ainsi A._____ dit ne plus faire de cauchemars ni n'avoir de reviviscences diurnes (flashbacks), elle utilise un véhicule pour de courts trajets, elle se rend seule à l'extérieur pour faire des démarches administratives (mairie, poste). Le diagnostic d'agoraphobie ne doit donc pas être retenu. L'assurée peut s'occuper de ses deux enfants et du ménage (ranger la vaisselle, enlever la poussière, passer l'aspirateur, repasser, faire la cuisine, faire la lessive), même si elle doit faire des pauses régulièrement. De plus elle a une vie sociale avec de fréquents contacts avec sa famille et des amis. Selon le Dr I._____ les éléments déterminants de la dépression susceptibles d'agir sur la capacité de travail sont soit non vérifiés, soit insuffisamment prononcés pour être à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail. Le Dr I._____ considère que la capacité de travail a été pleinement récupérée au plus tard le 2 avril 2009, que cette capacité de travail est purement médicothéorique et que, dans la pratique, il y a peu de chances que l'assurée s'engage dans un processus de reprise de l'activité professionnelle tant qu'elle est persuadée que les douleurs qu'elle ressent l'empêchent de travailler (AI pce 127).

Dans ses rapports des 8 septembre 2010 et 17 février et 20 juin 2011 (AI pces 129, 142 et 148) le Dr H. _____ du SMR Rhône qualifie l'expertise du Dr I. _____ de très soigneusement rédigée et très complète, il confirme l'évaluation de l'expert, à savoir que l'assurée dispose d'une entière capacité de travail depuis le 2 octobre 2009 même sans traitement psychiatrique. Il précise que les documents exhibés avec le recours, notamment l'ordonnance d'un traitement avec un antidépresseur léger et un tranquillisant en dose modeste, n'apportent aucune nouvelle information sur l'état de santé de la recourante qui n'ait pas déjà été pris en considération.

9.4 Le Tribunal ne peut pas suivre l'assurée qui soulève que son état de santé s'est péjoré depuis la première décision. La recourante ne produit aucune pièce qui soutienne cette thèse, la prise d'un léger antidépresseur étant tout à fait compatible avec une pleine capacité de travail. Le Dr I. _____ souligne expressément qu'il y a eu une amélioration de l'état dépressif qui, de sévère, est devenu léger. Le Dr D. _____ mentionnait en effet en juillet 1999 et en juillet 2001 un épisode dépressif sévère (AI pces 24 et 65). En juillet 2003 cet épisode était qualifié d'intensité moyenne (AI pce 78) et depuis le 2 avril 2009 au plus tard il est devenu léger (AI pce 96).

Au vu de ce qui précède, l'autorité de céans note que la capacité de travail de l'assurée s'est notablement améliorée. Le Tribunal fait sienne les appréciations du Dr I. _____ (AI pce 127) et du Dr H. _____ (AI pces 129, 142 et 148), il considère que l'assurée a pleinement récupéré sa capacité de travail au plus tard le 2 avril 2009.

10.

10.1 La recourante n'a jamais repris une activité lucrative depuis la naissance de sa fille le (...) 1994. Du 1^{er} décembre 1996 au 30 avril 2011, donc pendant 14 ans et 5 mois, elle a retiré une rente entière d'invalidité. En règle générale la jurisprudence prend un déconditionnement en compte dès l'octroi de 15 ans de rente ou l'âge de 55 ans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.2.2). En l'espèce la recourante ne remplit aucune de ces deux conditions. La rente entière a été supprimée après 14 ans et 5 mois et la recourante était âgée de 43 ans lors de la suppression de la rente. De plus la prise en compte d'un déconditionnement doit relever d'un état pathologique et non uniquement être réactionnel à l'idée de devoir réintégrer le marché du travail après une longue période d'inactivité. Il y a toutefois lieu de relever

que selon le principe de l'art. 7 al. 2 LPGA seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. 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 (réadaptation par soi-même; cf. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} éd. 2010, p. 383); 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 de revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1).

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et références citées).

10.2 En l'espèce l'intéressée est encore jeune. Il peut être attendu d'elle de mettre entièrement à profit sa capacité de travail résiduelle sans qu'il soit nécessaire de renvoyer le dossier à l'administration afin de vérifier sous l'angle du déconditionnement sa réelle capacité de travail.

Dans le cas particulier, la recourante pourrait exercer son ancienne activité de secrétaire ou toute autre activité sans suivre d'abord de formation particulière car, selon les pièces médicales, la recourante ne

présente plus aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Par conséquent, c'est à juste titre que l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2011, se fondant sur un taux d'invalidité inférieur à 40%.

11.

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision litigieuse doit être confirmée et le recours du 24 mars 2011 rejeté.

12.

Les frais de procédure, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont la recourante s'est acquittée au cours de l'instruction (TAF pces 13 et 15).

Il n'est pas alloué de dépens, l'autorité inférieure, n'ayant pas droit à ceux-ci (art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 400 francs, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée.

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 trouvent à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

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 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :