



Arrêt du 2 décembre 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Francesco Parrino, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Malek Buffat Reymond,
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 12 avril 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante espagnole née le (...) 1968, mariée, mère de deux enfants nés en 1992 et 2001, a travaillé en Suisse comme vendeuse dans un magasin d'alimentation de 1989 à 1997 et payé des cotisations à l'AVS/AI suisse.

B.

Le 30 décembre 1994, elle a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Vaud (OAI-VD), souffrant depuis avril 1994 d'une maladie de Crohn et tuberculose iléo-caecale.

Dans son rapport du 16 février 1996, le Dr B._____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne, a mentionné que l'assurée devrait pouvoir reprendre son activité professionnelle à un taux de 100 % après le traitement de la tuberculose iléo-caecale.

Dans son prononcé du 11 juin 1996, l'OAI-VD a constaté que le degré d'invalidité de l'assurée était de 50 % dès le 13 février 1996. Par décision du 28 août 1996, il lui a ainsi accordé une demi-rente d'invalidité ainsi que la rente correspondante pour son fils dès le 1^{er} février 1996.

C.

Lors d'une première révision de la rente, l'assurée a indiqué qu'elle était toujours inapte au travail à 100 %. Dans son rapport du 21 mars 1997, le Dr B._____ a indiqué une amélioration des affections digestives, mais une aggravation des douleurs de tout l'appareil locomoteur et l'apparition de troubles dysthymiques.

L'OAI-VD, se fondant sur un prononcé du 19 septembre 1997, a accordé à l'assurée par décision du 13 novembre 1997 une rente entière dès le 1^{er} février 1997 pour un taux d'invalidité de 80 %.

D.

Lors d'une deuxième révision de rente en 1999, l'OAI-VD n'a pas constaté de changement du degré d'invalidité propre à influencer le droit à la rente (cf. communication du 22 décembre 1999).

En 1999, l'assurée est retournée s'installer dans son pays d'origine. L'OAI-VD a alors transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) pour compétence.

E.

Lors d'une révision de rente en 2004, l'OAIE a demandé un rapport médical à la sécurité sociale espagnole les 26 février et 7 juin 2004 (OAIE pces 8 et 10). Dans son rapport du 31 mai 2004, le Dr C._____ a mentionné que la tuberculose iléo-caecale était guérie et ne nécessitait actuellement aucun traitement, que l'assurée souffrait de fibromyalgie et d'une dysthymie actuellement compensée, prenait des antidépresseurs et des antalgiques, mais ne présentait pas d'incapacité de travail (OAIE pce 12). Le 4 août 2004, l'assurée a indiqué qu'elle n'exerçait aucune activité professionnelle (OAIE pce 13). Dans sa prise de position du 9 novembre 2004, la Dresse D._____ de l'OAIE a constaté que l'état de santé de l'assurée était inchangé, que les troubles organiques n'étaient que légers et qu'une activité à temps partiel serait en principe possible, mais que, vu qu'il n'y avait pas d'amélioration, il fallait continuer à verser la rente entière (OAIE pce 15). Par communication du 2 décembre 2004, l'OAIE a indiqué à l'assurée que le degré d'invalidité ne s'était pas modifié de manière à influencer le droit à la rente et qu'elle continuait à avoir droit aux mêmes prestations (OAIE pce 16).

F.

A l'occasion d'une révision de rente en 2009, l'OAIE a versé au dossier un formulaire E 213 de la Sécurité sociale espagnole rempli le 27 avril 2009 indiquant qu'un travail léger restait possible (OAIE pce 29), un rapport de M. E._____, psychologue, du 23 mars 2009 (OAIE pce 30) et un rapport du service de rhumatologie du Complexe hospitalier universitaire F._____ du 18 mars 2009 mentionnant que l'assurée souffrait de fibromyalgie et devait éviter les activités exigeant des mouvements répétés (OAIE pce 31). Le 31 août 2009, la Dresse G._____ de l'OAIE a demandé un rapport psychiatrique (OAIE pce 37). Selon le rapport du Dr H._____, médecin psychiatre, du 10 novembre 2009, l'assurée souffre d'un épisode dépressif moyen et de dysthymie (OAIE pce 41). La Dresse G._____ de l'OAIE a considéré dans sa prise de position du 28 février 2010 (OAIE pce 51) que l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail au moins depuis le 31 mai 2004. Le Dr I._____ de l'OAIE, spécialiste en psychiatrie, quant à lui, a considéré dans son avis du 9 avril 2010 qu'il n'était pas possible de se prononcer sur la base des documents psychiatriques versés au dossier et qu'une expertise psychiatrique à réaliser en Suisse s'imposait (OAIE pce 53). L'OAIE a demandé une expertise rhumatologique à la Dresse J._____, FMH rhumatologie et médecine interne, du Bureau K._____, qui a examiné l'assurée le 1^{er} septembre 2010. Selon son rapport du 9 septembre 2010 (OAIE pce 72), l'assurée présente une pleine capacité de travail sur le plan physique, les diagnos-

tics présents n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail: fibromyalgie, excès pondéral, status après tuberculose iléo-caecale et primo-infection traitées, status après gastrite à *Helicobacter pylori* et candidose œsophagienne. Selon la Dresse J._____, l'état de santé s'est nettement amélioré depuis le retour en Espagne de l'assurée et il n'y a plus eu d'incapacité de travail durable depuis la guérison de la tuberculose. Sur mandat de l'OAIE, le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée le 2 septembre 2010. Selon son rapport d'expertise du 8 septembre 2010 (OAIE pce 69), l'état de santé de l'assurée s'est considérablement amélioré avec son retour en Espagne et il n'y a plus d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble dysthymique présents depuis la deuxième moitié des années 1990 n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, même si on peut s'attendre à une exacerbation occasionnelle des troubles psychiques en fonction de facteurs de stress existentiels. Le Dr L._____ a noté que l'assurée avait des ressources, conservait de bonnes capacités adaptatives puisqu'elle avait su gérer des événements de vie conséquents (retour au pays, grossesse, prise en soins du deuxième enfant) sur toutes ces dernières années, sans devenir gravement symptomatique.

G.

L'OAIE a soumis les rapports d'expertise de la Dresse J._____ et du Dr L._____ à son service médical. Dans sa prise de position du 8 novembre 2010, le Dr I._____ de l'OAIE a indiqué que les expertises avaient été effectuées selon les règles de l'art, que les différentes parties anamnèse, examen clinique, diagnostic, discussion et conclusion étaient clairement structurées, que l'amélioration était clairement discutée et que l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail depuis le 1^{er} juin 2004 aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée comme surveillante de parking ou musée, caissière, vendeuse de billets ou dans des activités simples d'enregistrement, classement ou archivage (OAIE pce 82). L'OAIE a encore versé au dossier un rapport du service de rhumatologie du Complexe hospitalier universitaire F._____ du 21 janvier 2011 mentionnant que l'assurée souffrait de fibromyalgie et devait éviter aussi bien le sédentarisme que le surmenage physique ainsi que les activités exigeant des mouvements répétés (OAIE pce 88). Selon le nouveau formulaire E 213 rempli le 4 février 2011, l'assurée présentait toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (OAIE pce 92). Le 9 mars 2011, l'OAIE a encore demandé un examen gastro-entérologique (OAIE pce 96). Selon le rapport du Dr M._____ du 11 avril 2011, la biopsie de la muqueuse

gastrique ne présentait aucune anomalie (OAIE pce 98). Dans sa prise de position du 19 juin 2011, la Dresse G._____ de l'OAIE a confirmé que l'état de santé s'était grandement amélioré déjà lors de la révision de 2004, contrairement aux conclusions de la Dresse D._____ à l'époque, et l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail aussi bien en 2004 qu'aujourd'hui (OAIE pce 101). Lors d'une séance du 20 octobre 2011, trois collaborateurs et quatre médecins de l'OAIE représentant les diverses disciplines médicales concernées ont constaté que la capacité de travail était entière depuis le 27 mai 2004 et que la rente d'invalidité devait être supprimée pour le futur (OAIE pce 103). Par projet de décision du 15 novembre 2011, l'OAIE a signifié à l'assurée que sa communication du 2 décembre 2004 était manifestement erronée et qu'il entendait supprimer la rente d'invalidité (OAIE pce 104). Par courrier du 14 décembre 2011, l'assurée a présenté des objections (OAIE pce 109), confirmées le 27 décembre suivant par son représentant (OAIE pce 110).

Appelée à se prononcer, la Dresse N._____ de l'OAIE a relevé, dans sa prise de position du 9 mars 2012, que l'expertise psychiatrique du Dr L._____ était pleinement probante et avait démontré de manière concluante l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assurée et qu'il n'y avait pas de documents psychiatriques au dossier susceptibles de valider une incapacité depuis 2004 (OAIE pce 115). Par décision du 12 avril 2012, l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2012 (OAIE pce 118).

H.

Par courrier du 18 mai 2012, l'assurée a interjeté recours devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision de l'OAIE du 12 avril 2012 (TAF pce 1). Elle a argué que les expertises de la Dresse J._____ et du Dr L._____ ne correspondaient pas aux exigences de la jurisprudence, ceux-ci ayant accordé trop d'importance au fait que l'assurée n'avait pas pris ses médicaments, et qu'elle présentait toujours une incapacité totale de travail. Elle a joint à son recours un certificat du Dr O._____ du 23 avril 2012, un certificat du Dr E._____ du 24 avril 2012 et un certificat du Dr P._____ du 27 avril 2012.

I.

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical. Dans sa prise de position du 27 septembre 2012, la Dresse N._____ a relevé que les nouveaux documents versés au dossier n'apportaient pas d'éléments susceptibles de modifier les appréciations précédentes, elle a donc maintenu sa position (OIE pce 121). Dans sa réponse au recours du 8 octobre

2012, l'OAIE a relevé que la demi-rente avec effet du 1^{er} février 1996 avait été accordée à cause d'une incapacité de travail partielle due à des affections d'ordre gastrique et que l'augmentation à une rente entière à partir du 1^{er} février 1997 avait été à l'époque motivée par une aggravation de l'état de santé (troubles rhumatologiques et dysthymiques). L'OAIE a constaté que la communication du 2 décembre 2004 maintenant le droit à la rente entière d'invalidité était manifestement erronée puisque la documentation médicale lors de la révision de 2004 attestait une amélioration de l'état de santé. L'OAIE a estimé que les expertises de la Dresse J._____ et du Dr L._____ correspondaient aux exigences posées par la jurisprudence et avaient confirmé l'amélioration de l'état de santé depuis 2004, le recours devant donc être rejeté et la décision attaquée confirmée (TAF pce 8).

J.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais demandée de 400 francs, par deux versements de 393 et 7 francs, dans le délai fixé au 19 novembre 2012 (TAF pces 9 à 14).

K.

Par réplique du 19 novembre 2012, la recourante a argué qu'elle suivait un traitement toutes les semaines chez le Dr E._____, psychologue, et consultait tous les deux mois le Dr O._____, psychiatre. Elle a joint à son courrier un rapport du 6 novembre 2012 du Dr O._____ attestant une incapacité de travail dans une activité socioprofessionnelle exigeant une stabilité émotionnelle soutenue ou des efforts physiques (TAF pce 15).

L.

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical. Dans sa prise de position du 17 janvier 2013, la Dresse N._____ a constaté que le rapport du 6 novembre 2012 du Dr O._____ n'apportait aucun élément nouveau. Dans sa duplique du 23 janvier 2013, l'OAIE a donc réitéré ses conclusions (TAF pce 19).

M.

Dans son courrier du 13 mars 2013, la recourante a présenté des observations (TAF pce 21). L'OAIE a réitéré ses conclusions par courrier du 18 avril 2013 (TAF pce 23).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), 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). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.4 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA)

2.

2.1 La requérante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, il sied 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) 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 également entrés en vigueur, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, de même que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012 et trouvent ainsi leur application dans la présente affaire.

2.2 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.3 L'art. 80a LAI rend expressément applicables, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574 /72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 sont donc applicables en l'espè-

ce. En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

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. En principe, 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), mais, suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. art. 29 al. 4 LAI n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

5.

5.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

5.2 Selon une jurisprudence constante, 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 peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

5.3 Le juge des assurances sociales 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 les références).

5.4 La jurisprudence a 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 judiciaire, 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 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement 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 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant 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 est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité 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 sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même mini-

mes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (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 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 divergeant – 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).

6.

6.1 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3054 ss, 3065).

6.2 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence 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]).

6.3 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; VALTERIO, op. cit., n° 3063). 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 LPGA (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).

6.4 Le Tribunal fédéral a 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 taux d'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).

6.5 L'art. 88a al. 1 RAI 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. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; VALTERIO, op. cit., n° 3085). L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI 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. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

6.6 Entre temps, l'assurée est retournée s'installer en Espagne et a mis au monde un deuxième enfant. Lors de la révision de rente de 2004, selon les rapports médicaux versés au dossier, la tuberculose iléo-caecale était déjà complètement guérie et ne nécessitait plus aucun traitement, la dysthymie était à cette époque compensée et l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail.

7.

Si les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées, une décision ne peut être modifiée qu'en vertu des règles applicables à la révision procé-

durale ou à la reconsidération des décisions administratives passées en force selon l'art. 53 LPGA.

7.1 En application de l'art. 53 al. 1 LPGA, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. ATF 127 V 466 consid. 2c et les références; VALTERIO, op. cit., n° 3125 ss).

7.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3). Par le biais de la reconsidération, une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits peuvent être corrigées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008). Un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à l'aune de critères plus restrictifs actuels (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_45/2007 du 25 septembre 2007 consid. 3.2 et l'ATF 130 V 352). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 135 V 215 consid. 5.1.1, 129 V 200 consid. 1.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions de base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen approfondi des faits. Si la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit, il n'y a pas place pour une reconsidération; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/2006 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En d'autres termes, en présence d'un rapport fiable à la base de la décision prise, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'en-

quête ou de l'examen que s'il est évident que le document en question repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait au sens de l'art. 17 LPGA justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en cause soit maintenue (arrêt du Tribunal fédéral I 222/02 du 19 décembre 2002 consid. 5.1).

8.

8.1 Lors de l'octroi de la rente entière en 1997, l'assurée présentait des troubles digestifs en amélioration, des douleurs de tout l'appareil locomoteur et des troubles dysthymiques. Alors que la situation en 1999 n'était pas encore claire, l'assurée souffrant encore de problèmes psychiques en relation avec ses problèmes gastriques nécessitant le traitement de la tuberculose, la situation qui se présentait en 2004 était tout autre: la tuberculose avait été définitivement guérie, l'assurée était retournée dans son pays d'origine, avait mis un deuxième enfant au monde dont la prise en charge n'avait pas posé de problème. L'état de santé somatique avec la guérison de la tuberculose s'est donc grandement amélioré et l'état de santé psychique s'est également nettement amélioré. Dans son rapport du 31 mai 2004, le Dr C._____ de la Sécurité sociale espagnole avait effectivement relevé que la tuberculose iléo-caecale était guérie et ne nécessitait plus aucun traitement, que l'assurée souffrait de fibromyalgie et d'une dysthymie actuellement compensée, prenait des antidépresseurs et des antalgiques, mais ne présentait pas d'incapacité de travail (OAIE pce 12). Dans ces conditions, il est incompréhensible que la Dresse D._____ de l'OAIE, dans sa prise de position du 9 novembre 2004, ait constaté que l'état de santé de l'assurée était inchangé et que, vu qu'il n'y avait pas d'amélioration, il fallait continuer à verser la rente entière (OAIE pce 15). Par la suite, selon le rapport d'expertise du 9 septembre 2010 de la Dresse J._____ (OAIE pce 72), l'assurée présente une pleine capacité de travail sur le plan physique, les diagnostics présents n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail: fibromyalgie, excès pondéral, status après tuberculose iléo-caecale et primo-infection traitées, status après gastrite à *Helicobacter pylori* et candidose oesophagienne. Selon la Dresse J._____, l'état de santé s'est nettement amélioré depuis le retour en Espagne de l'assurée et il n'y a plus eu d'incapacité de travail durable depuis la guérison de la tuberculose. Du point de vue psychique, selon le rapport d'expertise du 8 septembre 2010 du Dr L._____ (OAIE pce 69), l'état de santé de l'assurée s'est aussi considérablement amélioré.

ré avec son retour en Espagne et il n'y a plus d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique : le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble dysthymique présents depuis la deuxième moitié des années 1990 n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, même si on peut s'attendre à une exacerbation occasionnelle de troubles psychiques en fonction de facteurs de stress existentiels. Le Dr L._____ a noté que l'assurée avait des ressources, conservait de bonnes capacités adaptatives puisqu'elle avait su gérer des événements de vie conséquents (retour au pays, grossesse, prise en soins du deuxième enfant) sur toutes ces dernières années, sans devenir gravement symptomatique. Les conclusions du Dr L._____ ont été confirmées par le Dr I._____, psychiatre de l'Office AI (pce 82), qui retient une capacité de travail complète pour la dernière activité et l'activité dans le ménage dès le 1^{er} juin 2004, et par la Dresse G._____ (pce 101) après réception des examens requis concernant l'affection gastrique (biopsie et gastroscopie effectuées en avril 2011) et qui ne laissent apparaître aucune séquelle. La Dresse N._____, psychiatre, s'est encore exprimée et a analysé les rapports médicaux des Drs O._____, psychiatre, E._____, psychologue, et P._____ produits en procédure de recours. Elle relève que cette nouvelle documentation médicale est superposable à celle qui était déjà au dossier : en particulier, il en ressort le diagnostic connu de trouble de l'adaptation réactionnel à la pathologie organique et n'apporte aucun élément susceptible de modifier l'appréciation précédente.

8.2 Au vu de ce qui précède, le Tribunal considère en l'occurrence qu'il y a eu une nette amélioration de l'état de santé en 2004 déjà et que depuis lors l'état de santé de la recourante est resté stationnaire, l'assurée a continué à présenter une pleine capacité de travail. Les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont donc pas réalisées en l'espèce; par contre, la communication de l'OAIE du 2 décembre 2004 étant sans nul doute erronée et sa rectification revêtant une importance notable, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a procédé à sa rectification par la voie de la reconsidération en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA. Il y a donc lieu de supprimer la rente d'invalidité pour l'avenir, l'assurée ne présentant plus aucune incapacité de travail aussi bien depuis juin 2004 qu'au moment de la décision litigieuse du 12 avril 2012.

9.

9.1 Selon une jurisprudence constante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011), lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il n'est pas opportun de supprimer la rente, malgré l'exis-

tence 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 mesure 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 lorsqu'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 (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer 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. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respec-

tivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

9.2 En l'espèce, aucune de ces deux conditions ne sont remplies: la recourante était âgée de 42 ans et bénéficiait d'une rente entière depuis 8 ans lors de la constatation de l'amélioration de santé en 2004 respectivement depuis 14 ans en septembre 2010 (dates des expertises rhumatologique de la Dresse J._____ et psychiatrique du Dr L._____), moment qui est déterminant selon la jurisprudence (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3). Le Tribunal considère qu'une réadaptation par soi-même peut être exigée. Une phase d'aide transitoire ne paraît pas nécessaire et il est tout à fait possible à la recourante de mettre à profit son entière capacité de travail sur un marché équilibré de l'emploi puisque toute activité lucrative est exigible sans limitations fonctionnelles quelles qu'elles soient.

10.

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision du 12 avril 2012 doit être confirmée et le recours rejeté.

11.

11.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

11.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge de la recourante et compensés par l'avance de frais déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège : La greffière :

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 :