



---

Cour III  
C-2772/2006

{T 0/2}

## Arrêt du 27 août 2008

---

Composition

Johannes Frölicher (président du collège),  
Michael Peterli, Francesco Parrino, juges,  
Valérie Humbert, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_  
représentée par Maître Daniel A. Meyer, rue Ferdinand-  
Hodler 7, 1207 Genève,  
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,  
intimé,

---

Objet

décision du 13 avril 2006; reconsidération

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

A.\_\_\_\_\_ est une ressortissante française, née le 16 janvier 1962, mariée et mère d'une fille aujourd'hui majeure. Domiciliée en France voisine, elle travaillait depuis novembre 1987 comme cheffe de rayon à la COOP de Genève lorsqu'elle a été victime d'un accident le 22 septembre 1998, alors qu'elle était au repos sur sa moto qui a basculé sur la droite en blessant l'intéressée qui tentait de la retenir (pces 1 et 56). En incapacité de travail à 100% du 24 septembre 1998 au 4 février 1999, elle a repris ensuite son activité professionnelle à 50%, du 5 février 1999 au 19 avril 1999, avant d'être à nouveau à l'arrêt total (pces 38 et 42).

**B.**

**B.a** Le 19 octobre 1999, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OCAI-GE; pce 1). Dans cette procédure, ont été principalement versés au dossier en cours d'instruction:

- x Le rapport médical initial établi à l'attention de l'assureur-accident (ci-après: rapport LAA) le 10 octobre 1998 par le Dr R.\_\_\_\_\_, généraliste à Annemase et médecin traitant de l'assurée, qui retient un diagnostic de lombosciatalgies gauches et préconise un traitement par repos et anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après: AINS; pce 16),
- x Divers certificats médicaux d'incapacité de travail signés du Dr R.\_\_\_\_\_ (pces 13 à 15 et 17 à 18, 23 à 25);
- x Le rapport de tomodensitométrie lombaire effectuée à la demande du Dr R.\_\_\_\_\_ par le Dr G.\_\_\_\_\_, radiologue à la Clinique X.\_\_\_\_\_ à Annemase, en date du 30 septembre 1998, qui décrit au niveau L4-L5 une saillie discale foraminale et extra-foraminale gauche venant au contact de la racine L4 et probablement au contact de la racine L5 gauche ainsi qu'une saillie minimale discale médiane en L5-S1 alors qu'aucune anomalie n'est à signaler en L2-L3 et L3-L4 (pce 19);

- x Le rapport médical intermédiaire LAA du Dr R.\_\_\_\_\_ du 11 décembre 1998 qui complète le diagnostic initial par une cruralgie par hernie discale et fait état de la persistance des lombalgies et paresthésies en L5-S1 (pce 20);
  
- x Deux rapports de consultation du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin adjoint à la clinique d'orthopédie de l'hôpital cantonal universitaire de Z.\_\_\_\_\_. Le premier, daté du 14 décembre 1998, décrit les plaintes de la patiente qui consistent en une douleur irradiant dans le pli de l'aîne et la partie antérieure de la hanche ainsi qu'une douleur sur la face antérieure de la cuisse au niveau de la face externe du mollet gauche, l'examen clinique ne révèle pas d'amyotrophie, ni de signe de Babinski, les signes de Lasègue sont négatifs et les réflexes ostéotendineux présents. Une zone de dysesthésie sur la face antéro-externe du mollet est signalée ainsi que différentes douleurs localisées à plusieurs niveaux lors de la palpation globale. Ce médecin évoque une possible présence d'une affection sous-jacente de type fibromyalgie et propose la reprise du travail à 50% (pce 22). Dans son second rapport du 23 février 1999, le Dr K.\_\_\_\_\_ remarque que malgré le traitement médicamenteux, la patiente se plaint encore de douleurs alors que l'examen neurologique est toujours sans particularité. L'électromyogramme (ci-après: EMG) montre de très rares signes d'énervation mais est considéré comme normal et l'examen radiologique révèle une petite diminution de hauteur discale en L5-S1 sans signe osseux d'instabilité ni ostéophyte ou de traction ou de sclérose. Le diagnostic qu'une probable décompensation douloureuse post-traumatique avec fibromyalgie qui devait être préexistante mais non gênante est évoqué et la poursuite d'une activité professionnelle à 50% au moins "semble nécessaire" (pce 26);
  
- x Le rapport médical intermédiaire LAA du Dr R.\_\_\_\_\_ du 5 mars 1999 qui ne constate aucune anomalie à l'examen clinique en dehors du phénomène douloureux (pce 31);
  
- x La prise de position du 23 mars 1999 du Dr H.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique à Y.\_\_\_\_\_ consulté par l'assureur-accident, qui soutient que la fibromyalgie étant une maladie psychosomatique, il lui semble invraisemblable qu'elle puisse être en connexité avec un accident et suggère une expertise pluridisciplinaire réunissant non

seulement des spécialistes orthopédiques, mais également des rhumatologues, des neurologues et des psychiatres (pce 33);

- x Le questionnaire pour l'employeur du 8 novembre 1999 qui indique le taux d'occupation et l'évolution du salaire de A.\_\_\_\_\_ (pce 38);
- x Le rapport médical du 4 novembre 1999 du Dr R.\_\_\_\_\_ qui reprend à l'intention de l'OCAI-GE le diagnostic déjà connu et précise qu'il avait adressé la patiente au Dr Bertrand Buchs (pce 42);
- x Le rapport médical du 17 avril 2000 du Dr B.\_\_\_\_\_, rhumatologue à Z.\_\_\_\_\_, lequel précise n'avoir vu la patiente qu'une seule fois, le 15 octobre 1999 et ne peut donc répondre aux questions concernant les capacités professionnelles. L'examen clinique qu'il avait alors effectué avait mis en évidence 18 points sur 18 pour une fibromyalgie (pce 54);
- x L'expertise confiée par l'assureur-accident au service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV) qui se fonde sur le dossier médical, l'examen pratiqué ambulatoirement sur la patiente le 2 novembre 1999 et une résonance magnétique nucléaire (ci-après: IRM) de la colonne lombaire effectuée le 19 novembre 1999. Il ressort du rapport des Drs E.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, rendu le 4 avril 2000, que la patiente ne présente aucun signe objectif d'atteinte neurologique focalisée, l'IRM pratiqué révèle une discopathie L4-L5 et L5-S1 aspécifique sans compression radiculaire ni hernie discale. Les experts diagnostiquent une fibromyalgie en voie de chronification et suggèrent une prise en charge psychosomatique avec appui d'un traitement antidépresseur. Selon eux, l'incapacité de travail consécutive à l'accident doit être estimée à 2-3 mois à un degré de 100%, l'incapacité actuelle dans l'activité de vendeuse avoisine les 70-80% (avec possibilité d'amélioration par une prise en charge psychosomatique et en évitant les charges lourdes) et n'est pas en relation avec l'accident mais avec des troubles liés à la personnalité préexistante de la patiente. La chronification de la fibromyalgie semble toutefois avoir été déclenchée par l'accident (pce 56).

**B.b** Ces documents ont été soumis à l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin à l'OCAI-GE qui dans sa prise de position du 13 novembre 2000 indique avoir demandé des renseignements au médecin traitant,

le Dr R.\_\_\_\_\_, lequel constate en date du 17 novembre 2000 que l'état de l'assurée est stationnaire depuis avril 2000, qu'une prise en charge psychosomatique a été mise en place avec consultations mensuelles. Il précise qu'un conflit familial conjugal influence de manière défavorable l'évolution de l'état de la patiente et qu'une reprise du travail même à 50% n'est actuellement pas possible (pces 59 à 61). Dans une apostille manuscrite datée du 27 novembre 2000, le Dr C.\_\_\_\_\_ propose de reconnaître une incapacité de travail de 70% et de revoir les effets du traitement dans 6 à 9 mois (pce 59).

**B.c** Par décision du 9 mars 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après. OAIE) a alloué à A.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité, assortie d'une rente complémentaire pour sa fille (pce 69). Cette décision s'appuyait sur un prononcé de l'OCAI-GE du 7 décembre 2000 fixant le degré d'invalidité à 70% depuis le 4 septembre 1999 et prévoyant une révision de la rente le 30 juin 2001 (pce 66).

### **C.**

**C.a** Au cours de la révision de la rente entreprise d'office en juillet 2004, le dossier a été transféré à l'OAIE, l'assurée ayant quitté la zone frontalière (pce 80). Les pièces suivantes ont alors été versées en cause:

- x Le questionnaire à l'assuré du 20 juillet 2004, par lequel A.\_\_\_\_\_ indique n'avoir jamais repris d'activité lucrative depuis son accident et être toujours en traitement (pce 75), ce qu'elle atteste par une copie d'une ordonnance du 3 juin 2004 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste à W.\_\_\_\_\_, lui prescrivant 20 séances de massages et de rééducation du rachis dorso-lombaire (annexe pce 77);
- x L'appréciation du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin à l'OAIE, qui, résumant les documents médicaux versés dans la procédure d'octroi, conclut à l'introduction d'une procédure de reconsidération, le diagnostic initial de fibromyalgie étant à son avis erroné (pce 82);
- x Le rapport du 31 mars 2005 concernant l'expertise médicale confiée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) à V.\_\_\_\_\_, qui s'est déroulée du 22 au 24 février 2005 sous la conduite des Drs J.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, respectivement, rhumatologue,

psychiatre et neurologue et lequel contient également un rapport des ateliers professionnels établi par L.\_\_\_\_\_. Les experts retiennent comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des troubles dégénératifs et malformatifs lombaires avec algie lombosciatique gauche non radiculaire (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM [ICD-10] M47.8) et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux cristallisé sans comorbidité psychiatrique (CIM [ICD-10] F45.4) et un syndrome du canal carpien frustré à gauche (CIM [ICD-10] G56.0). Il existe selon eux, une capacité résiduelle de travail de 80% dans toutes activités légères, sans déplacement excessif et sans port de charge, la restriction de 20% étant due aux problèmes organiques lombaires et non psychiatriques. Il est encore précisé qu'il n'y a pas eu, du point de vue de ces experts, une modification importante de la capacité de travail depuis l'accident de 1998 (pce 94).

**C.b** Dans sa prise de position du 30 mai 2005, consécutive à l'expertise du CCR, le Dr I.\_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE constate qu'aucune amélioration de l'état de santé n'est intervenue mais qu'il s'agit d'un cas de reconsidération, au motif que l'appréciation médicale initiale reposait sur un état de santé non stabilisé et que la décision était donc erronée (pce 99).

**C.c** Le 14 juillet 2005, l'OAIE a informé A.\_\_\_\_\_ de son intention de reconsidérer sa décision du 9 mars 2001 qui était manifestement erronée, les documents médicaux réunis à l'époque n'étant pas assez probants pour l'octroi d'une rente (pce 104). L'intéressée s'y est opposée par courrier du 6 août 2005 auquel était annexée une liste des médicaments qui lui étaient prescrits par la Dresse P.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un certificat du même médecin, attestant en substance que la patiente est bien atteinte de fibromyalgie (pce 105 à 107).

**C.d** Après avoir soumis la réponse formulée en cours d'audition et ses annexes au Dr I.\_\_\_\_\_ qui n'y a décelé aucun motif de modifier sa détermination antérieure (pce 110), l'OAIE, par décision du 6 octobre 2005, a supprimé la rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2005 (pce 112).

**D.**

**D.a** Par acte du 26 octobre 2005, déposé par l'entremise de son avocat et complété par celui-ci le 26 février 2006, A.\_\_\_\_\_ s'est opposée à cette décision et a demandé la poursuite du versement d'une rente d'invalidité (pces 119 et 123). En substance, elle conteste que le diagnostic de fibromyalgie puisse être écarté au profit d'un trouble somatoforme douloureux persistant et soutient que le diagnostic de fibromyalgie avait été corroboré par plusieurs médecins en 1999 et 2000. A l'appui de son opposition, elle a produit les pièces suivantes:

- x Une attestation du 15 octobre 2005 de la Dresse P.\_\_\_\_\_ qui affirme que l'état général de la patiente concernant sa fibromyalgie ne s'améliore pas (annexe pce 119);
- x Deux ordonnances médicales de la Dresse P.\_\_\_\_\_, l'une, datée du 6 décembre 2005, prescrit "20 séances de massages sur fibromyalgie" et l'autre, datée du 9 février 2006, prescrit différents médicaments, principalement des antalgiques, des anti-inflammatoires et un antidépresseur (annexe pce 123);
- x Un rapport d'une imagerie médicale du rachis dorso-lombo-sacré pratiqué le 29 décembre 2004 par le Dr S.\_\_\_\_\_, radiologue au Centre de radiologie générale à U.\_\_\_\_\_ qui fait état de quelques hernies intra-spongieuses étagées au niveau des vertèbres dorsales, d'un pincement marqué du dernier disque intervertébral et modéré de l'avant-dernier (annexe pce 123);

**D.b** Par décision sur opposition du 13 avril 2006, l'OAIE a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 6 octobre 2005 (pce 126). L'autorité s'est fondée sur la prise de position du 10 avril 2006 de la Dresse M.\_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE qui en substance observe que les documents produits n'apportent rien de nouveau sur le plan médical et rappelle que la fibromyalgie est considérée d'un point de vue juridique de la même manière que le trouble somatoforme douloureux (pce 125).

**D.c** La décision du 13 avril 2006 a croisé l'envoi par l'assurée de nouveaux documents en date du 4 avril 2006. Il s'agissait principalement de diverses ordonnances médicales récentes, d'un bulletin de situation du 14 février 2006 du service de gynécologie de

l'Hôpital de T.\_\_\_\_\_ à U.\_\_\_\_\_ et d'un compte-rendu du 28 mars 2006 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, Cheffe de Service du Département d'Evaluation et Traitement de la Douleur du Centre hospitalier universitaire de U.\_\_\_\_\_ (ci-après: CHU) qui évoque de nombreux points douloureux avec un descriptif de syndrome fibromyalgique et ordonne une prise en charge par perfusion à domicile (annexes pce 127). Cette nouvelle documentation médicale a été soumise à l'appréciation de la Dresse M.\_\_\_\_\_ qui a confirmé sa prise de position antérieure, précisant notamment que le diagnostic de fibromyalgie était connu de longue date (pce 129).

## **E.**

**E.a** Le 22 mai 2006, A.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision sur opposition du 13 avril 2006 devant la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: Commission fédérale de recours). Elle soutient que ni les conditions d'une reconsidération ni celles d'une révision ne sont remplies, et conclut, sous suite de frais et dépens, au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2005. Elle joint à son mémoire des documents déjà versés au dossier lors de la procédure devant l'OAIE ainsi que deux nouvelles ordonnances médicales et demande, en outre, la restitution de l'effet suspensif.

**E.b** Dans sa réponse du 24 juillet 2006, l'autorité intimée confirme la décision entreprise et propose le rejet tant de l'effet suspensif que du recours. Pour l'essentiel, elle affirme que seule une expertise neurologique avait été réalisée au CHUV en 1999 et que la décision d'attribution de la rente se basait sur un dossier incomplet et un état de santé non stabilisé.

**E.c** Invitée à répliquer au vu de la détermination de l'OAIE, la recourante maintient son recours par acte du 28 août 2006. Elle a produit dans l'intervalle, le 25 juillet 2006, de nouveaux documents médicaux attestant toujours des mêmes traitements en cours à propos desquels l'autorité avait dupliqué le 15 août 2006 en réitérant ses conclusions. La Commission fédérale de recours communiqua ladite duplique le 17 août 2006 à la recourante et clôt l'échange d'écriture. Par nouvelles écritures du 18 octobre 2006 et du 15 janvier 2007, la recourante produit de nouvelles copies d'ordonnances.

**F.**

**F.a** Par ordonnance du 14 mars 2007, le Tribunal administratif fédéral communique aux parties avoir repris la procédure avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007, les informe de la composition du collège de juges appelé à statuer – laquelle ne fut pas contestée – et transmet copies des dernières écritures à l'autorité intimée pour information.

**F.b** Par la suite, la recourante a encore adressé à l'autorité de recours, en date des 23 mars 2007, 29 avril, 20 juin et 11 août 2008 des copies d'ordonnances médicales de la Dresse P.\_\_\_\_\_.

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

**1.1** Les affaires pendantes devant les Commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les Services de recours des départements au 1<sup>er</sup> janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (art. 53 al. 2 de la loi sur le Tribunal administratif fédéral du 17 juin 2005 [LTAF, RS 173.32]).

**1.2** 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 aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger 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.

**1.3** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.4** 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 (cf. art. 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.5** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable.

## **2.**

**2.1** La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont 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, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

**2.2** S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant

au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ne concernent donc pas la présente procédure.

### **3.**

**3.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

**3.2** 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%.

### **4.**

Outre la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) dont il ne sera pas question en l'espèce, il existe, aux termes de la loi, deux voies pour modifier, voire supprimer une rente attribuée par décision formellement passée en force de chose jugée: la révision (art. 17 LPGA) et la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA).

## 5.

**5.1** Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, 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. 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).

**5.2** 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 qu'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. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet en principe, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement.

**5.3** 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 (ancien art. 41 LAI), le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale

demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

**5.4** En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 1999. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi, depuis lors, une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 9 mars 2001 et ceux qui ont existé jusqu'au 13 avril 2006, date de la décision litigieuse. Le rapport de la CRR ne fait pas état d'une amélioration de l'état de santé de l'intéressée, il précise même que la capacité de travail n'a pas subi de modification importante depuis l'accident en 1998. La documentation médicale réunie en 2001 retenait déjà des discopathies sans signe radiculaire au niveau de la colonne lombaire ainsi que des troubles d'ordre psychosomatique qualifiés alors de fibromyalgie. A ce propos, il sied de relever que selon la doctrine médicale, la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (PIERRE-ANDRÉ BUCHARD, *Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?*, *Revue médicale de la Suisse romande [RMSR]* 2001, p.443 ss, p. 446; JÖRG JEGER, *Somatoforme Schmerzstörung und Arbeitsunfähigkeit: Differenzen oder Konsenz zwischen Medizin und Rechtsprechung ?*, in: RENÉ SCHAFFHAUSER, FRANZ SCHLAURI [éd.] *Medizin und Sozialversicherung im Gespräch*, St-Gall 2006, p. 155 ss, p. 159-165; voir également ATF 132 V 65 consid. 3). Ces atteintes à la santé, en particulier le trouble somatoforme, sont également mises en évidence par le rapport de la CRR qui de surcroît diagnostique un syndrome du canal carpien frustre à gauche qui n'apparaissait pas en 2001.

Aussi, doit-on admettre que l'état de santé de la recourante n'a pas évolué, si bien que les conditions d'une révision de rente ne sont pas réalisées, ce que par ailleurs l'autorité intimée n'a jamais soutenu, fondant sa décision de suppression de la rente sur l'art. 53 al. 2 LPGA. On peut encore remarquer que lors de la décision d'octroi de la rente en 2001, la capacité de travail de la recourante était susceptible d'amélioration, pour autant qu'un traitement psychosomatique soit entrepris. C'est par ailleurs en raison de la mise en place d'un tel traitement – certifié par le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante – et dans l'attente d'en mesurer les bénéfices, que le Dr C.\_\_\_\_\_ de l'OAIE avait suggéré la reconnaissance d'une incapacité de travail de l'ordre de 70%, avec une révision à 6 à 9 mois. Or, non

seulement cette révision n'a été engagée qu'en 2004, mais de surcroît le dossier montre que la recourante n'a pas suivi très longtemps le traitement préconisé. Il s'en suit qu'il revenait à l'autorité intimée de veiller à ce que la recourante entreprenne tout ce qui est en son pouvoir pour diminuer son dommage conformément à un principe général valable en assurances sociales (cf. 130 V 97 consid. 3.2) en lui rappelant son devoir de collaboration et en la sommant de s'y conformer sous peine des sanctions prévues par la loi.

## **6.**

**6.1** L'art. 53 al. 2 LPGA prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. En l'espèce, il est constant que la décision du 9 mars 2001 n'a pas fait l'objet d'un contrôle judiciaire et qu'il y a un intérêt à sa rectification dans la mesure où, si la reconsidération devait être admise, la rente entière devrait être supprimée ou remplacée par une prestation réduite.

**6.2** Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3, ATF 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la 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 plus approfondi des faits. Ainsi, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments,

et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

**6.3** L'autorité intimée considère que la décision initiale de rente avait été rendue manifestement à tort dans la mesure où l'administration avait reconnu à la recourante un taux d'invalidité de 100% sur la base d'informations évasives et lacunaires du médecin-traitant, sur un état de santé qui n'était pas stabilisé et qu'elle n'avait dès lors pas rempli ses obligations légales en la matière.

**6.4** L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

L'autorité 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, elle 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.)

**6.5** En l'espèce, à l'examen du dossier et de l'expertise du CHUV commise à la demande de l'assureur-accident, il n'apparaît pas que l'OAIE a statué sur la base de mesures d'instruction dépourvues de crédibilité, ni fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation en tenant pour établie l'incapacité de travail de la recourante. En effet, les investigations médicales entreprises dans différents domaines, soit sur le plan neurologique (expertise du CHUV, Drs E.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_), orthopédique (Dr. K.\_\_\_\_\_ ) et rhumatologique (Dr B.\_\_\_\_\_ ) concordaient toutes, de même que les

constatations des médecins traitants (Dr R. \_\_\_\_\_ puis Dr P. \_\_\_\_\_), quant au tableau clinique de fibromyalgie. Par ailleurs ce diagnostic n'est pas critiqué par l'expertise CRR qui, au contraire, affirme que l'examen psychiatrique ne fait que confirmer les observations antérieures au sujet de l'existence d'une fibromyalgie. Il n'est sans doute pas inutile de rappeler que cette affection rhumatismale, reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (CIM [ICD-10] M79.0), présente des manifestations cliniques pour l'essentiel similaires à celle observées lors de troubles somatoformes douloureux (CIM [ICD-10] F.45.40) si bien qu'il n'est pas rare de voir certains médecins se référer indistinctement à l'une ou l'autre dénomination, voire assimiler comme en l'espèce l'une à l'autre (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1). JEGER explique cette différence par la spécialisation des médecins, les psychiatres parlant plutôt de troubles somatoformes douloureux et les rhumatologues de fibromyalgie (JÖRG JEGER, op.cit., p. 162). Dans sa jurisprudence récente, le Tribunal fédéral (des assurances) a précisé les conditions qui permettent de déroger au principe que les troubles somatoformes douloureux n'entraîne pas en soi une invalidité au sens de la LAI (ATF 130 V 352). Le caractère non-exigible de la reprise de travail suppose, en principe, la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante (cf. également JEAN PIROTTA, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance invalidité, Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 526). Par la suite, le Tribunal fédéral (des assurances) a admis l'application par analogie des critères restrictifs développés en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 = arrêt du 8 février 2006). Cependant, les Juges de Lucerne ont aussi jugé, de manière constante, qu'il n'était pas possible de se fonder sur la jurisprudence publiée aux ATF 130 V 352 (arrêt du 12 mars 2004) pour reconsidérer une décision prise avant cette date (arrêts du Tribunal fédéral I 138/07 du 25 juin 2007 consid. 4.2 et I 927/06 du 4 décembre 2007 consid. 5.2), et ce malgré le fait que le Tribunal fédéral (des assurances) avait déjà décrit dans un arrêt antérieur (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 554/98 du 4 janvier 2000 [VSI 2000 p. 152]) les tâches spécifiques de l'expert médical dans un contexte de troubles somatoformes douloureux en se référant à l'avis de MOSIMANN (HANS-JAKOB MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss), ouvrant ainsi la voie à une jurisprudence plus restrictive qui ne fut toutefois concrétisée que dans

l'ATF 130 V 352 (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 901/06 du 23 novembre 2007 consid.4.2).

**6.6** Dans sa décision litigieuse, l'autorité intimée cite la substance de la jurisprudence publiée aux ATF 132 V 65, sans en mentionner la référence. Elle se reporte également à l'ATF 120 V 119 consid. 2c/cc pour évoquer les circonstances dans lesquelles des troubles somatoformes douloureux peuvent conduire à une incapacité de travail; or cet arrêt ne traite pas de cet aspect. L'ATF 102 V 165 qu'elle mentionne encore, traite des atteintes à la santé mentale en générale et non des troubles somatoformes douloureux. Or au moment de la décision de 2001, seul le diagnostic de fibromyalgie était posé. Comme il a déjà été dit il s'agit là d'une maladie rhumatismale caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire. Objet d'une controverse médicale, son étiologie étant incertaine (voir à ce sujet: PIERRE-ALAIN BUCHARD, op. cit., p. 443 ss; JACQUES-ANTOINE PFISTER, Fibromyalgie, trouble somatoforme douloureux, syndrome de fatigue chronique - quels repères médicaux, humains et asséurologiques-, RMSR, 2003, p. 650 ss; WOLFGANG HAUSOTTER, Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, 2e éd., Munich 2004, p. 105 ss; HERBERT CSEF, Was sind CFS, MCS und FM- Stellenwert und Gemeinsamkeiten dreier "Modekrankheiten" in: WOLFGANG VOLLMOELLER, Grenzwertige psychische Störungen, Diagnostik und Therapie in Schwellenbereichen, Stuttgart 2004, p. 63 ss, plus spécialement p. 73; N.M. HADLER, Die Semiotik der Fibromyalgie und verwandter somatoformer Störungen, Praxis 94/2005, p. 1999 ss), la fibromyalgie ne peut pas – particulièrement à l'époque de la décision litigieuse – être rangée purement et simplement dans la catégorie des atteintes à la santé psychique. Partant, avant la jurisprudence de 2006 (ATF 132 V 65) qui admet un traitement juridique similaire de la fibromyalgie et des troubles somatoformes douloureux, l'autorité ne pouvait pas appliquer sans autre – et ce d'autant moins postérieurement à la faveur d'un réexamen de la rente – la jurisprudence sur les atteintes à la santé mentale à un trouble rhumatismal.

Il s'en suit que l'autorité intimée n'était pas en droit de reconsidérer la décision du 9 mars 2001 en s'appuyant implicitement sur des jurisprudences postérieures (arrêts des 12 mars 2004 et 8 février 2006) à leur prononcé.

Partant le recours est bien fondé et doit être admis.

**7.**

La présente décision rend sans objet la requête d'effet suspensif.

**8.**

**8.1** Conformément aux dispositions relatives à la modification du 16 décembre 2005 de la LAI, il n'est pas perçu de frais de procédure, l'ancien droit s'appliquant aux recours pendants auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI au moment de l'entrée en vigueur de la modification (let. c).

**8.2** Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) – applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF –, permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, le travail accompli par le représentant de la recourante en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 8 pages accompagné d'un bordereau de 13 pièces et d'une réplique de 2 pages. En outre, le recourant a produit à plusieurs reprises des copies d'ordonnances médicales justifiant du traitement médicamenteux de la recourante. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'000.- à charge de l'OAIE.

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

**1.**

Le recours est admis et la décision du 13 avril 2006 est annulée.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Un montant de Fr. 2'000.-- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité intimée.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant de la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. )
- à la Caisse de pension du groupe Coop
- l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

La greffière :

Johannes Frölicher

Valérie Humbert

**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 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :