



Cour III
C-2905/2006

{T 0/2}

Arrêt du 10 janvier 2008

Composition

Franziska Schneider (présidente du collège),
Johannes Frölicher, Michael Peterli, juges,
Margit Martin, greffière.

Parties

M. _____, _____ PT- _____,
représentée par Me Manuel Mouro, avocat,
rue Toepffer 11bis, 1206 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,
autorité inférieure.

Objet

l'assurance-invalidité.

Faits :**A.**

La ressortissante portugaise M._____, née en 1957, mariée, a travaillé en Suisse durant les années 1989 à 1997 et a versé des cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI, pces 5, 6, 8). En date du 30 septembre 1996, elle a présenté une demande de rente d'invalidité auprès de l'agence de sécurité sociale à B._____, alléguant être atteinte dans la santé depuis plus d'une année (pce 1).

Par prononcé du 14 avril 1998, l'Office AI pour le canton de Vaud (OAI-VD) avait fixé le degré d'invalidité à 100% et le début du droit à la rente pour maladie de longue durée au 1^{er} septembre 1997, prévoyant d'office une révision de rente pour le 1^{er} avril 1999 (pce 35). Par décision du 12 janvier 1999, remplaçant une première décision du 15 juillet 1998, allouant à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 1997 ainsi qu'une rente complémentaire pour le conjoint et deux rentes correspondantes pour enfant, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), devenue compétente après le retour de l'assurée dans son pays d'origine, avait recalculé la rente en tenant compte des périodes d'assurances au Portugal (pce 37). Le degré d'invalidité avait été déterminé après examen des pièces au dossier, notamment le questionnaire pour l'employeur du 22 novembre 1996 et les rapports des 30 janvier 1997 (division autonome de médecine psycho-sociale X._____), 26 février 1997 (service de neurologie X._____), 8 novembre 1996 (Dr C._____, médecin traitant), 18 mars et 3 septembre 1996 (Dr H._____, neurologue) et de l'examen neuropsychologique du 19 mars 1996 ainsi que de la consultation ambulatoire (Prof. F._____) du 27 mars 1996 (pces 10, 14-18, 22-26). Il en résulte que l'assurée a été au bénéfice en dernier lieu d'un contrat de travail à 100% du 1^{er} février 1994 au 28 février 1997, à durée déterminée avec des périodes fixes de 7 mois et demi par an, en qualité d'emballeuse auprès de l'entreprise Y._____ S.A., à B._____, et qu'elle n'a plus repris son activité après le 5 septembre 1996. Les documents médicaux font état de poly-insertionite, migraine sans aura, céphalées tensionnelles, hydro-céphalie tetra-ventriculaire d'origine indéterminée ainsi que d'un état dépressif dans le cadre d'une structure psychotique.

Au cours d'une première révision menée en 1999, la sécurité sociale portugaise avait transmis des rapports médicaux réalisés à la Clinica médica de A._____ par des spécialistes en neurologie, psychiatrie et orthopédie dont il résulte que l'assurée était en bon état général, mais se plaignait d'arthralgies généralisées au niveau de la colonne et des petites et grandes articulations. L'existence d'une incapacité de travail supérieure à 50% était démentie par le médecin du Centre régional de D._____ (cf. pces 38, 40-54). Néanmoins, au terme de l'instruction, l'OAIE, par communication du 25 mai 2000, a informé l'assurée que le degré d'invalidité n'avait subi aucune modification et que les prestations versées ne seront sujettes à aucun changement (pce 87).

B.

Dans le cadre d'une nouvelle révision de rente, initiée dès le 31 mars 2005 (pce 58), l'OAIE a versé au dossier les pièces suivantes:

- un questionnaire pour la révision de la rente, dans lequel l'assurée déclare, en date du 11 septembre 2005, ne pas exercer d'activité lucrative (pce 63),
- un rapport du service des urgences de l'Hôpital de S._____ du 23 février 2002 (pce 65),
- le rapport d'une scintigraphie osseuse du 6 mars 2002, concluant à des changements ostéoarticulaires inflammatoires au niveau des épaules, du sternum et du sacrum (pce 66),
- un rapport rendu le 14 juin 2005 par la consultation de la douleur de l'Hôpital S._____, ainsi qu'une information clinique du 28 juin 2005, selon lequel il existe une persistance de la douleur avec des phases d'amélioration et d'aggravation, une anxiété marquée et une dépression accentuée par des problèmes d'ordre social; l'état général serait toutefois amélioré malgré un cadre de symptomatologie instable (pces 67, 68),
- un rapport médical établi le 29 juillet 2005 par le Dr G._____, spécialiste en médecine du travail, à E._____, attestant une incapacité de travail totale pour toute activité en raison de douleurs généralisées dans le cadre d'une fibromyalgie, résistant à tous les essais thérapeutiques, d'une dépression chronique grave traitée et d'un cadre anxieux marquée (pce 69),

- un rapport médical approfondi (E 213), établi le 13 juin 2005 par le Dr T._____, médecin-conseil de l'assurance sociale portugaise, qui conclut à une incapacité partielle de travail de plus de 50% (pce 70),
- une prise de position de la Dresse V._____, service médical de l'OAIE, du 17 octobre 2005, préconisant une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neuropsychologique, neurologique et psychiatrique) en Suisse, afin de déterminer la capacité de travail (pce 72),
- le rapport d'expertise médicale du 10 mars 2006, réalisé par les experts du Centre d'expertise médicale, à M._____, retenant les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, HTA traitée, céphalées tensionnelles avec rares phénomènes migraineux, hydrocéphalie communicante sans évidence d'hypertension intracrânienne, stable, et excès pondéral avec un BMI à 28; les experts estiment qu'il est impossible d'effectuer une évaluation rétrospective précise, toutefois, la situation paraissant stable depuis 1996; la capacité de travail actuelle est évaluée à 100%, sans limitation, les anciennes activités paraissant exigibles (pce 88).

Dans sa prise de position du 24 avril 2006, la Dresse V._____, au vu du résultat de l'expertise, des éléments contradictoires apparaissant dans les documents médicaux et des décisions précédentes de l'OAIE, demande à mettre le dossier pour discussion en vue d'une éventuelle reconsidération (pce 92). Le procès-verbal du rapport OAIE/médecins du 18 mai 2006 relève des signes objectifs d'amélioration: la pathologie psychiatrique suggérée à l'époque de l'octroi de la rente ne serait pas confirmée et la pathologie somatique aurait diminuée, l'assurée étant fonctionnelle avec une majoration des plaintes en situation d'examen. Le rapport conclut dès lors à l'exigibilité à plein temps de l'activité d'emballeuse dans une maison de vente par correspondance (pce 94). L'OAIE, par projet de décision du 23 mai 2006, a informé l'assurée avoir constaté sur la base des nouveaux documents reçus que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé serait à nouveau exigible depuis le 13 février 2006 et permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité. Ainsi, il n'existerait plus, à l'avenir, de droit à une rente d'invalidité (pce 96). Au terme de la procédure d'audition durant laquelle l'assurée ne s'est pas manifestée, l'OAIE, en date du 17 août

2006, a rendu une décision supprimant le droit à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2006 (pce 97).

C.

L'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a interjeté recours devant la Commission cantonale (recte: fédérale) de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger, produisant deux rapports médicaux établis les 8 et 11 septembre 2006 par les Drs P._____, neurochirurgie, à O._____, et G._____, sollicitant tout d'abord qu'il soit mis à sa disposition l'entier du dossier AI afin qu'elle soit en mesure de compléter utilement son recours, ainsi qu'un délai supplémentaire pour ce faire.

En complément sont produits un CD-rom du cabinet de radiologie Z._____ et un autre CD-rom du cabinet d'imagerie clinique Dr. F._____, ainsi qu'une attestation de douleur, établie le 12 octobre 2006 par la Dresse N._____, Centre de santé E._____.

D.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE a soumis les nouveaux documents à son service médical pour prise de position. Ce dernier, dans son rapport du 11 décembre 2006, a confirmé une évolution nettement favorable sur le plan psychiatrique depuis l'octroi de la rente entière et a estimé que les rapports médicaux fournis à l'appui du recours n'amenaient pas d'éléments médicaux nouveaux, susceptibles de modifier les conclusions contenues dans la décision de révision (pce 99). Dans sa réponse du 5 janvier 2007, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée avec des motifs qui seront repris, si nécessaire, dans les considérants en droit du présent jugement.

E.

Par ordonnance du 27 février 2007, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a informé la recourante de la reprise de la procédure au 1^{er} janvier 2007 et lui a transmis un exemplaire de la réponse de l'autorité inférieure, lui impartissant un délai pour produire ses observations éventuelles.

F.

Dans sa réplique du 30 mars 2007, le mandataire de la recourante conteste les conclusions du CEMed et considère que l'autorité inférieure a procédé, par le biais d'une révision, à une reconsidération

déguisée, dont les conditions plus restrictives ne seraient manifestement pas réalisées. Il allègue une situation demeurée inchangée depuis l'octroi de la rente entière, ne permettant pas de revenir sur la décision initiale de rente, ce que confirmerait explicitement le rapport d'expertise du CEMed lequel mentionne clairement que la situation est restée stable depuis 1996 et que la réduction de la capacité de travail remonte à cette époque. Par ailleurs, le conseil de la recourante critique l'examen psychiatrique réalisé en quelques dizaines de minutes, sans que le moindre test usuel permettant de quantifier le degré de gravité d'une dépression ne soit effectué et lui dénie toute valeur scientifique probante. Il relève en outre le bien-fondé de la décision d'octroi d'une rente entière au motif que celle-ci repose sur de multiples rapports médicaux lesquels auraient mis en évidence une incapacité de travail totale en relation avec des problèmes de santé clairement cernés et établis, et conclut à l'annulation de la décision querellée et à la condamnation de l'autorité inférieure au dépens, comprenant une équitable indemnité valant participation aux honoraires du conseil.

G.

Par ordonnance du 16 avril 2007, le TAF a fixé l'avance sur les frais de procédure présumés à 300 francs, montant que la recourante a versé dans le délai imparti.

H.

Invité par ordonnance du TAF du 7 juin 2007 à déposer ses observations, l'OAIE, dans sa duplique du 6 juillet 2007, réitère ses conclusions proposées dans son préavis.

I.

Par ordonnance du 16 juillet 2007, la juge chargée de l'instruction a transmis un exemplaire de la duplique pour connaissance à la recourante et a déclaré que l'échange d'écritures était terminé. Enfin, par ordonnance du 5 novembre 2007, le TAF a communiqué la composition du collège de juges appelé à statuer sur le fond de la cause et a fixé le délai pour une éventuelle demande de récusation au 16 novembre 2007. Une telle demande n'a pas été déposée.

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^{er} janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent (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 – non réalisées en l'espèce – 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 sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

1.3 La recourante a pris part à la procédure devant l'autorité intimée; elle est spécialement atteinte par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 al. 1 PA, cf. art. 59 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA; RS 830.1]). Elle est, partant, légitimée à recourir.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 50, 52 PA), le recours est 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 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [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 dudit 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 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 La Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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 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 ladite loi ne déroge expressément à la LPGA.

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004 la présente procédure, quant au droit matériel, est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} 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), la procédure étant soumise aux normes en vigueur au moment de l'examen du recours.

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 de lui 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%. 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. 28 al. 1^{er} LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable lorsque l'assuré est citoyen suisse ou ressortissant de l'UE et réside dans un Etat membre dans le sens de l'ALCP (ATF 130 V 253 consid. 3.1).

4.

4.1 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.

4.2 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. 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.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, 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 349 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 LPGA (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

4.3 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 (ex 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, 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, 133 V 108 consid. 5.4).

4.4 En effet, selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond. L'art. 53 al. 2 LPGA prévoit que l'assureur ou le juge 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 (ATF 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368

consid. 3, 121 V 4 consid. 6 et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et réf. cit.). 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 17 consid. 2c; ATF 115 V 314 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 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 (arrêt du TFA du 6 mai 2003, I 375/02 consid. 2.2).

La décision initiale n'a pas fait l'objet d'un recours si bien qu'aucune autorité judiciaire ne s'est prononcé sur son bien-fondé. La première condition est donc remplie. Reste à examiner si elle est sans nul doute erronée. A l'encontre des affirmations du représentant de l'assurée, cette question a bien été soulevée par le service médical de l'OAIE qui souhaitait que ce point soit discuté en séance (cf. rapport du 24 avril 2006, pce. 92). Dans le cas présent, lorsque l'Office AI cantonal, en avril 1998, avait émis son prononcé à l'origine de la décision initiale d'octroi d'une rente entière pour un degré d'invalidité de 100%, il était bien renseigné quant à la nature des troubles subis par la recourante. Toutefois, l'instance cantonale n'a pas cherché à savoir, comme elle aurait dû le faire (cf. art. 16 LPG), si des mesures d'ordre professionnelles étaient susceptibles de rétablir ou d'améliorer la capacité de travail (à propos de la priorité de la réadaptation sur la rente, voir ATF 108 V 212 ss, 99 V 48) chez cette assurée encore relativement jeune (40 ans au moment de l'octroi de la rente entière). Quant à la comparaison de revenus, elle n'a simplement pas eu lieu, si bien qu'on ignore comment le taux d'invalidité a pu être arrêté à 100% sur le simple rapport du médecin traitant. Cependant, la question de savoir quelle aurait été le degré d'invalidité si l'autorité en charge du dossier avait mené l'instruction à son terme, n'a pas besoin d'être

tranchée en l'espèce car, comme exposé dans les considérants ci-dessous, il est avéré qu'une amélioration relevante de l'état de santé est intervenue durant la période soumise au pouvoir d'examen de l'autorité de céans.

5.

5.1 En l'espèce, la recourante avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 1997. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi depuis lors une modification doit être jugé en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 15 juillet 1998, date de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux prévalant au 18 août 2006, date de la décision litigieuse. Durant cette période soumise au pouvoir d'examen de l'autorité de céans, l'assurée n'a exercé aucune activité lucrative; il est dès lors impossible dans le cas concret de déterminer la mesure de l'incapacité de gain en se fondant sur des données d'ordre économique. L'éventuelle modification du taux d'invalidité doit donc être évaluée uniquement sur la base des données médicales (ATF 115 V 133, ATF 114 V 314, ATF 105 V 159, ATF 98 V 173).

5.2 La rente entière avait été allouée à la recourante notamment en raison de la pathologie psychiatrique mise en évidence lors d'investigations entreprises par les médecins de la Division autonome de médecine psycho-sociale du X._____ en janvier 1997, soit des troubles somatotropes douloureux chez une personnalité de structure psychotique. Les médecins avaient en outre retenu une hydrocéphalie d'origine indéterminé, une polyinsertionite, une migraine sans aura, des céphalées tensionnelles et un état dépressif. La pathologie organique cérébrale, découverte à la faveur des examens entrepris en 1996, permettait d'expliquer la manifestation de troubles mnésiques et d'éventuels troubles frontaux, alors que le tableau clinique était dominé par des symptômes purement psychiatriques, confirmée par l'examen et les tests psychologiques montrant une structure de type psychotique avec prédominance de symptômes négatifs. Sur le plan neurologique existait une instabilité à la limite du significatif à l'épreuve de Romberg et une hypoesthésie tactile douloureuse hémicorporelle droite, tandis que le reste du status neurologique était sans particularité. Le Dr C._____, médecin traitant, bien qu'ayant relevé un bon état physique général, avait attesté alors une incapacité de travail de 100% du 21 février au 8 avril 1996, de 50% du 9 avril au

27 mai 1996 et à nouveau de 100% à partir du 5 septembre 1996. Les spécialistes du X. _____ en neurologie/consultation pluridisciplinaire de la douleur et en médecine psycho-sociale, de leur côté, avaient introduit une thérapie médicamenteuse et préconisé une prise en charge par un psychiatre. En revanche, ils ne s'étaient à aucun moment prononcés quant à une éventuelle incapacité de travail.

5.3 Les rapports médicaux produits par la sécurité sociale portugaise en 1999/2000 faisaient notamment état de l'absence de déficit moteur ou sensitif et d'un examen neurologique normal, alors que le pronostic sur le plan psychiatrique était réservé, l'assurée paraissant déprimée et sous traitement antidépresseur et analgésique. Le psychiatre estimait par ailleurs aléatoire d'établir un degré d'incapacité en pourcentage faute d'outils de mesure pour une telle évaluation psychiatrique. Le rapport médical de révision du 10 septembre 1999 excluait dès lors une incapacité de travail supérieure à 50%. Quant au rapport orthopédique du 17 février 2000, il se limitait à relever les plaintes de l'assurée relatives aux difficultés quotidiennes d'effectuer les tâches domestiques en raison d'une aggravation des polyarthralgies bilatérales avec atteinte des grandes articulations et du rachis, accompagnée de signes inflammatoires, nécessitant le recours journalier à un analgésique. Les documents médicaux établis au Portugal entre 2002 et 2005 font mention d'une admission en urgence le 23 février 2002 pour un état douloureux avec fièvre, alors qu'une scintigraphie du 6 mars 2002 n'avait pas montré de foyer de pathologie osseuse, mais avait fourni des indices en faveur d'altérations ostéoarticulaires inflammatoires au niveau sacro-iliaque. Selon le rapport de la consultation de la douleur/psychiatrie de l'Hôpital de S. _____ du 14 juin 2005, il persiste un cadre de symptomatologie instable malgré un état général quelque peu amélioré, un suivi thérapeutique ayant eu lieu entre le 1^{er} août 2002 et le 15 juillet 2004. Dans un certificat médical du 29 juillet 2005, le Dr G. _____ atteste des douleurs généralisées dans le cadre d'une fibromyalgie, réfractaires aux divers essais thérapeutiques. Ce médecin réfère en outre une dépression chronique grave, actuellement traitée par une médication quotidienne, et un cadre anxieux marqué, et conclut sur fond de pronostic défavorable à une incapacité de travail définitive pour toute activité lucrative. L'examen clinique pratiqué par le médecin conseil de la sécurité sociale portugaise du 13 juin 2005 n'a pas montré de limitations significatives de l'appareil locomoteur, malgré

quelques plaintes modérées lors de la mobilisation et palpation, et a confirmé un status neurologique sans particularité.

5.4 Enfin, les diagnostics retenus dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire menée en janvier 2006 au CEMed, à savoir un trouble somatoforme douloureux, une hypertension traitée, des céphalées tensionnelles avec rares phénomènes migraineux, une hydrocéphalie communicante sans évidence d'hypertension intra-crânienne, stable, ainsi qu'un excès pondéral avec BMI à 28 sont globalement superposables au constat des services spécialisés du X._____ en 1997, excepté la pathologie psychiatrique laquelle a pu être exclue sur la base d'un examen psychiatrique approfondi menée par le Dr I._____, psychiatrie-psychothérapie FMH. En effet, lors de l'examen du 26 janvier 2006, aucun élément de la lignée psychotique n'a plus été relevé, ni des tendances interprétatives, de fuite des idées, de tendance digressive, d'idéation suicidaire, de logorrhée particulière, et rien ne laissait plus suggérer la possibilité d'un trouble d'identité grave ce qui représente une réelle amélioration par rapport à la situation constatée en 1996/1997, période marquée par des difficultés financières, le chômage du mari et le déracinement culturel, ainsi que la séparation d'avec les enfants, et décrite dans différents rapports médicaux au dossier. A cet égard, il convient de relever que les spécialistes du X._____ avaient préconisé un suivi régulier de l'assurée, afin de pouvoir juger de l'éventuelle modification de la symptomatologie de type psychotique. Sur le plan neurologique, il est à noter que l'examen entrepris au CEMed était normal. En particulier, il n'est plus question de légère boiterie, mais d'une démarche normale et d'une épreuve de Romberg négative, à l'encontre des résultats obtenus en 1996/1997, ce qui représente également une amélioration par rapport à la situation au moment de l'octroi de la rente. Le status neuropsychologique n'a plus laissé apparaître de troubles mnésiques ni de la programmation. Sur le plan somatique, l'assurée paraissait en excellent état général, vive et se mouvant sans difficulté. Le diagnostic d'une pathologie articulaire significative a pu être écarté à la faveur d'une scintigraphie osseuse réalisée en 2002 au Portugal, alors que quelques captations modérées en regard des épaules et des épicondyles ont été attribuées à la fibromyalgie. Il s'agit en l'occurrence d'une sensibilité particulière des insertions tendineuses réalisant des zones d'allodynies, soit réactives à un effort, soit spontanément douloureux chez des sujets présentant des tensions musculaires. Cette affection est fréquente et peut s'aggraver en cas de

stress, mais elle n'est pas invalidante aux dires des spécialistes. Quant à l'hydrocéphalie, il n'y a pas eu d'évolution des images, ni de développement d'un épanchement trans-épendymaire ce qui permet d'affirmer, avec le recul, que cette anomalie neuroradiologique n'a aucune traduction clinique objective. Les céphalées tensionnelles caractérisées par des phénomènes oppressifs, associées à de rares phénomènes migraineux n'engendrent pas de handicap significatif. Concernant l'état dépressif, force est de constater que les préoccupations indiquées aux experts sont plus des soucis du quotidien ou d'ordre financier. Alors que la confiance en soi persiste et que le réseau social est préservé (association de dames, café, sorties avec le mari, restaurant), que le sommeil et l'appétit sont bons, l'assurée se montre souriante, ouverte; aucun comportement douloureux n'est observé, la gestuelle est fluide et harmonieuse et la thymie ne semble pas vraiment dépressive. Au vu des constatations objectives, les experts concluent à la présence vraisemblable d'une dysthymie, mais excluent clairement une pathologie mentale particulière, notamment toute pathologie psychotique telle que constatée autrefois. Le diagnostic posé est celui d'un trouble somatoforme douloureux, en l'absence de comorbidité psychiatrique grave. Sans pouvoir effectuer une évaluation rétroactive précise, les experts confirment une capacité de travail actuelle totale, sans limitations, les anciennes activités notamment paraissant exigibles.

Dans ce contexte, il convient de rappeler la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas en soi une base suffisante pour conclure à une invalidité et que, au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants tels par exemple la perte d'intégrité sociale dans toutes les manifestations de la vie et d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. Si toutefois les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une

exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations sociales. Au nombre des situations envisagées figurent, entre autres, la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 22 juin 2006 [I 236/05] consid. 4.2 et les références). Dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65).

Pour conclure, il convient de relever qu'il n'y a pas de raison en l'espèce de mettre en doute l'appréciation médicale contenue dans l'expertise citée laquelle a été établie de manière très détaillée et se fonde sur des résultats d'examens pluridisciplinaires (rhumatologique, neurologique, psychiatrique), sur l'étude du dossier radiologique ainsi que sur l'ensemble du dossier médical à disposition. Elle prend également en compte les plaintes de l'assurée. Aussi bien ce rapport remplit-il toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante et il n'y a pas motif de s'écarter des conclusions convaincantes qui y sont retenues. Dans ce contexte, l'avis du médecin traitant Dr G._____ produit dans le cadre de la procédure de révision ne saurait infirmer l'appréciation des experts, dès lors qu'il ne fait mention d'aucun élément médical n'ayant pas été pris en compte dans le cadre de l'expertise, que les conclusions de ce médecin sont basées essentiellement sur les plaintes de l'assurée et, enfin, qu'il convient de tenir compte du fait que 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 V 352 consid. 3a et les références). L'OAIE, dans son rapport du 18 mai 2006, se rallie pour sa part sans réserve à l'expertise du CEMed dont les conclusions sont partagées par son service médical. Ce dernier a notamment souligné l'évolution nettement favorable sur le plan psychiatrique, objectivant une amélioration de l'état de santé par rapport à la situation prévalant au moment de l'octroi de la rente. L'autorité de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions fondées des experts et du service médical

de l'OAIE et constate que l'exercice d'une activité semblable à celle exercée auparavant – emballeuse, conditionneuse – ou toute autre activité légère comparable telle un travail sériel dans l'industrie, est exigible à temps complet de la part de l'assurée au plus tard depuis la date de l'expertise.

6.

6.1 La modification relevante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPG (ex art. 41 LAI) s'étant vérifiée au plus tard le 26 janvier 2006 (examens au CEMed), elle durait depuis plus de trois mois le 17 août 2006, date de la décision attaquée, marquant la limite du pouvoir d'examen de l'autorité de céans. La décision de l'autorité inférieure du 17 août 2006 a été notifiée à la recourante au plus tard le 30 août 2006 (voir fax de la décision de l'acte de recours). C'est donc à juste titre que l'autorité inférieure a supprimé la rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2006, conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI (cf. consid. 4.2).

6.2 La recourante, qui succombe, devra payer l'émolument judiciaire relatif à la procédure fédérale et fixé à Fr. 300.-- (art. 63 al. 1 et al. 5 PA en relation avec l'art. 16 al. 1 let. a LTAF ainsi qu'avec les art. 1ss du règlement du 11 décembre 2006 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Cet émolument sera imputé sur l'avance de frais, d'un même montant.

6.3 Au vu de l'issue de la procédure, la recourante n'a pas droit à une indemnité de partie (cf. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 FITAF *e contrario*). Quant à l'autorité intimée, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée.

3.

Il n'est alloué aucune indemnité de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

La présidente du collège :

La greffière :

Franziska Schneider

Margit Martin

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué 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. L'arrêt attaqué et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :