



Arrêt du 21 septembre 2015

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Beat Weber, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

X. _____, France
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 : révision de la rente fondée sur les
dispositions finales de la modification de l'AI du 18 mars
2011 (décision du 4 juin 2014).

Faits :**A.**

La ressortissante française A. _____ (ci-après : recourante ou assurée), née en 1962, a travaillé en Suisse de 1987 à 1998 et a touché, en raison d'un status après lombosciatalgies et d'une fibromyalgie survenues après un accident mineur de moto une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} septembre 1999 pour un taux d'invalidité de 70% (cf. dossier de l'assurance [AI pce 24] ; expertise neurologique du 4 avril 2000, signée des Drs B. _____ et C. _____ [AI pce 39]) ; résumé du dossier avant calcul de la rente du 8 mars 2001 [AI pce 58]) ; décision du 9 mars 2001 [AI pce 61]).

B.

L'octroi de la demi-rente d'invalidité a fait l'objet d'une première révision en 2004 (cf. courrier du 21 juillet 2004 [AI pce 106]).

La décision de reconsidération du 6 octobre 2005 de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE; AI pce 148), supprimant la rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2005 a été annulée par l'arrêt du 27 août 2008 du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal). Le TAF a en substance considéré que l'état de santé de l'assurée n'a pas évolué et que l'autorité intimée n'était pas en droit de reconsidérer sa décision initiale en s'appuyant sur des jurisprudences postérieures (AI pce 202).

L'assurée a continué à toucher une rente d'invalidité entière (cf. décision du 5 décembre 2008 [AI pce 217]).

C.

La deuxième révision de la rente a été initiée en décembre 2011 (cf. note interne au médecin de l'office AI du 28 décembre 2011 [AI pce 238]).

Dans le cadre de cette instruction, ont été versés au dossier de l'administration les documents suivants :

- le questionnaire de la révision de la rente signé par l'assurée le 1^{er} février 2012 duquel il ressort que celle-ci n'exerce pas une activité lucrative (AI pce 247),
- l'attestation médicale de la Dresse D. _____ du 2 février 2012 selon laquelle l'état de santé de l'assurée concernant sa fibromyalgie est

relativement stationnaire (avec traitement) mais que par contre, elle présente un état dépressif nécessitant un traitement (AI pce 245 p. 2),

- les prescriptions médicales de la Dresse D._____ des 2 février, 15 mai et des 10 et 25 septembre 2012 (AI pces 245 p. 1, 260, 279, 285),
- le rapport médical détaillé E 213 du 16 mars 2012, signé de la Dresse E._____ qui retient comme diagnostic une fibromyalgie et qui conclut que l'assurée, présentant une nette amélioration de son état de santé, est apte à l'exercice d'une activité adaptée. Il ressort de ce document également que l'assurée est suivie mensuellement par un psychiatre, le Dr F._____ (AI pce 267),
- le rapport de l'expertise médicale du 9 août 2012 du Dr G._____, psychiatre, qui ne fait état d'aucune maladie psychiatrique. Ayant pris connaissance de deux bulletins d'hospitalisation du 21 mai 2011 et des 12 et 13 avril 2012, l'expert note que l'assurée lui apprend qu'elle a fait deux tentatives de suicide récentes par phlébotomie (AI pce 282),
- la prise de position médicale du Dr H._____ de l'OAIE du 25 septembre 2012, concluant à ce que l'assurée présente une capacité de travail entière à partir du 16 mars 2012 (AI pce 287),
- la prise de position médicale de la Dresse I._____, psychiatre et psychothérapeute, de l'OAIE du 20 décembre 2012, concluant elle aussi à une capacité de travail entière à compter du 16 mars 2012 (AI pce 292).

D.

Par projet de décision du 13 février 2013, l'OAIE informe l'assurée qu'il entend supprimer sa rente d'invalidité au vu des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la l'AI. Il invoque également qu'il ressort des documents médicaux que son état de santé s'est amélioré (AI pce 293).

E.

Le 15 mars 2013, l'assurée, représentée par son avocat, conteste que son état de santé se soit amélioré. Elle met par ailleurs en cause la force probante des rapports des Drs E._____ et G._____ (AI pce 299). A son appui, elle verse au dossier les documents suivants :

- la copie de la carte de légitimation pour personne handicapée délivrée par les autorités françaises (AI pce 295 p. 2),
- l'attestation de la Dresse D._____ du 25 février 2013 qui note que l'assurée est traitée pour une fibromyalgie, qu'elle prend un traitement quotidien et que ses maux empêchent toute activité (AI pce 297 p. 1),
- la prescription médicale du 25 février 2013 de la Dresse D._____ (AI pce 297 p. 2),
- l'attestation médicale du 4 mars 2013 de la Dresse J._____ qui informe que l'assurée est traité pour des douleurs invalidantes liées à une fibromyalgie qui par ailleurs entraîne un état dépressif et de la fatigue (AI pce 296).

F.

Sur demande, l'OAIE transmet le 19 mars 2013 au représentant de l'assurée une copie du dossier constitué (AI pce 302).

G.

Invitée à prendre position sur les nouveaux documents médicaux, la Dresse I._____ confirme le 28 avril 2013 ses conclusions antérieures, les Dresse D._____ et J._____ faisant état de la fibromyalgie déjà connue (AI pce 303).

H.

Le 17 mai 2013, l'assurée complète son opposition, soulignant que son état de santé ne s'est pas amélioré. Elle critique notamment en détail les rapports des Drs E._____ et G._____ et conclut que l'instruction de l'OAIE est lacunaire et contradictoire. Elle informe en outre qu'elle a été examinée en 2011 pour des troubles neuropsychologiques et qu'elle est également suivie par le Dr F._____ à raison d'un entretien mensuel (AI pce 326). A son appui, elle verse les factures des consultations neuropsychologiques des 1^{er} et 15 février 2011 ainsi que les différentes prescriptions médicales depuis 2009 (AI pces 325 et 326 pp. 6 et 7).

I.

Dans son nouveau projet de décision du 26 juin 2013 qui annule celui du 13 février 2013, l'OAIE maintient sa position et informe qu'il n'existe plus aucun droit à une rente d'invalidité (AI pce 328).

J.

L'assurée s'oppose à ce projet de décision le 30 juillet 2013, avançant en

substance que ses troubles physiques découlent d'atteintes objectivables qui se sont aggravées depuis 2010 et qu'en dépit du traitement psychiatrique mis en place depuis de nombreuses années, elle souffre d'une atteinte psychiatrique invalidante (AI pce 333). Elle verse au dossier le rapport médical du 22 juillet 2013 du Dr K._____, médecin généraliste, concernant une tierce personne, née le 27 juin 1956 (AI pce 329) ainsi que des prescriptions médicales de la Dresse D._____, (AI pces 330 à 332).

K.

Par décision du 4 juin 2014, l'OAIE maintient sa position. Il relève en outre que le rapport du Dr K._____, concernant une tierce personne, ne peut pas être admis au dossier (AI pce 352).

L.

Le 7 juillet 2014, l'assurée interjette recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à la restitution de l'effet suspensif à son recours et principalement à l'annulation de la décision contestée et au maintien du droit à l'octroi d'une rente d'invalidité entière ainsi que subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire dans un établissement médical en Suisse. En particulier elle fait valoir qu'il n'y a pas un motif de révision et que les expertises des Drs G._____, et E._____, sont lacunaires et incohérents ainsi qu'en parfaite contradiction avec l'appréciation médicale de tous ses médecins traitants (TAF pce 1). La recourante verse au dossier les documents nouveaux suivants :

- la décision du 17 décembre 2013 de la Maison départementale des personnes handicapées des Alpes-Maritimes, accordant à l'assurée une carte de priorité pour un taux d'incapacité permanente inférieur à 80% (annexe 14),
- le rapport médical du Dr D._____, du 30 juin 2014 qui informe que l'assurée est toujours traitée pour la fibromyalgie, qu'après une hépatite médicamenteuse, des produits qui étaient efficaces sur les douleurs ne sont plus autorisés et que vu l'ampleur de ses douleurs et de sa dépression, l'assurée ne peut plus reprendre toute activité (annexe 13),
- le résultat de l'examen radiologique du 30 juin 2014, signé du Dr L._____, (annexe 15),

- le rapport médical du 2 juillet 2014 du Dr M._____, psychiatre, qui informe soigner l'assurée pour un état dépressif qui a été déclenché par la fibromyalgie (annexe 16).

M.

Dans sa réponse du 28 août 2014, l'OAIE propose le rejet de la conclusion de la recourante tendant à la restitution de l'effet suspensif au recours (TAF pce 3).

N.

Par décision incidente du 5 septembre 2014, le TAF confirme le retrait de l'effet suspensif au recours et rejette la demande de la recourante y relative (TAF pce 4).

O.

Dans sa réponse sur le fond du recours du 29 septembre 2014, l'OAIE maintient sa position et propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il se fonde notamment sur la prise de position du Dr H._____ du 5 septembre 2014 qui se prononce sur les rapports du Dr D._____ (nom corrigé) et du Dr M._____ et qui confirme la suppression de la rente d'invalidité selon les critères de la 6^{ème} révision LAI (TAF pce 6 et annexe).

P.

La recourante verse l'avance de frais de procédure de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 7 à 9).

Q.

Dans sa réplique du 10 novembre 2014, la recourante reproche notamment à l'OAIE que celui-ci ne se prononce pas sur la valeur probante des expertises des Drs E._____ et G._____. Elle maintient que sa symptomatologie douloureuse et psychiatrique est objectivée et évolue défavorablement (TAF pce 10). A son appui, elle verse au dossier :

- les prescriptions médicales des 1^{er} septembre et 4 novembre 2014 du Dr D._____ (annexes 20 et 25),
- les certificats médicaux des 15 et 29 octobre 2014 du Dr M._____ et sa prescription médicale du 29 octobre 2014 (annexes 21 à 22),
- le résultat de l'examen radiologique du rachis cervical du 31 octobre 2014, signé de la Dresse N._____ (annexe 17),

- la prescription de 15 séances de rééducation du rachis cervical du 4 novembre 2014 du Dr D._____ (annexe 19),
- le rapport médical du 6 novembre 2014 du Dr D._____ (annexes 18).

R.

Dans sa duplique du 5 décembre 2014, l'OAIE réitère ses conclusions, se basant sur la prise de position de son service médical du 27 novembre 2014 qui conclut que les nouveaux documents ne contiennent pas de diagnostics et ne font pas état de limitations fonctionnelles compréhensibles. De plus, des expertises complémentaires, notamment sur le plan psychiatrique, ne sont pas indiquées (TAF pces 12 et 18).

S.

Dans ses observations finales du 15 janvier 2015, la recourante persiste dans ses conclusions et arguments. Par ailleurs elle soutient que le CLEISS, le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, ne peut se prévaloir du caractère indépendant de ses expertises vu ses liens avec les assurances sociales d'autres pays. La recourante verse encore au dossier une prescription médicamenteuse du 10 décembre 2014 (TAF pce 15 et annexe 26).

T.

Le 1^{er} avril 2015, l'assurée vient, par téléphone, aux nouvelles dans son dossier (TAF pce 17).

U.

Le 21 mai 2015, le représentant de l'assurée informe que l'état de santé de sa mandante s'est aggravé et qu'elle a été hospitalisée d'urgence du 8 au 10 mai 2015 à la suite d'un tentamen médicamenteux. Il verse au dossier les nouveaux documents suivants (TAF pce 19) :

- le bulletin de sortie du centre hospitalier du 10 mai 2015 (annexe 27),
- l'ordonnance médicale du 10 mai 2015 (annexe 28),
- le certificat médical du 18 mai 2015, signé du Dr O._____ du centre hospitalier (annexe 29),
- le certificat médical du 19 mai 2015 du Dr D._____ (annexe 30).

Droit :**1.**

1.1 Le TAF connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

1.3 La recourante a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4 Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais de procédure payée dans le délai imparti, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

2.

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le 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). En l'occurrence, la rente ayant été supprimée avec la décision du 4 juin 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à ce moment-là sont déterminantes.

3.2 Au niveau du droit international, la recourante, ressortissante française et vivant dans son pays d'origine, est applicable 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) qui est entré en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1).

En ce qui concerne la relation avec la Suisse, l'ALCP a été modifié avec effet au 1er avril 2012, raison pour laquelle sont en l'occurrence également relevants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

D'après l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3 Sont également déterminantes dans le cas concret, les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

Par ailleurs, l'application de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision AI (premier volet) est en l'occurrence litigieuse entre les parties.

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 art. 4 al. 1 LAI).

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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4.2 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité.

4.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence

habituelle sur le sol de l'un deux (cf. 7 du règlement n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

5.

5.1 Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). C'est aussi valable pour les pathologies similaires telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

5.2 Depuis 2004 – voire 2006 en ce qui concerne singulièrement la fibromyalgie – la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle ces troubles comme d'autres troubles psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible et n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de la capacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité. Ce n'était que dans des cas exceptionnels, lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplissait certains critères définis (appelés critères de Foerster), qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3). Cette jurisprudence constituait un durcissement de la pratique envers ces maladies.

5.3 Récemment, le Tribunal fédéral, dans l'arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015, a modifié sa pratique, tenant compte des expériences accumulées depuis plus de onze ans ainsi que des critiques formulées à l'encontre de cette jurisprudence. Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt). La Haute Cour a entre autres considéré que cette présomption soutient la conception selon laquelle celle-ci était indivisible et que seule une incapacité de travail totale pouvant en résulter (consid. 3.4.2.2). Le Tribunal a également remarqué qu'il sied de renoncer à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1). Dorénavant, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable (cf. consid. 4.2 de l'arrêt) doit être évaluée sur la base d'une vision

d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6 de l'arrêt).

5.4 Le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards de l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques répartis en deux catégories, de la manière suivante (cf. consid. 4.1.3) :

- A. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"
 - a. Complexe "atteinte à la santé"
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe "personnalité" diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe "contexte social"

- B. Catégorie "cohérence" (points de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a expliqué que la catégorie "degré de gravité fonctionnel" forme la base de l'examen. Ses conclusions devront ensuite résister à l'examen de la catégorie "cohérence" (consid. 4.3 de l'arrêt). Il a rappelé en outre qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list. Il a aussi considéré que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1 de l'arrêt).

5.5 Le Tribunal fédéral a expliqué qu'eu égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostic, à la base de l'examen (consid. 2 et 6), devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de trouble somatoforme présuppose un degré d'une certaine gravité (consid. 4.3.1.1 de l'arrêt). Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de

réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique (consid. 4.3.1.2). Il sied également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, au vu en particulier de sa personnalité et du contexte social dans lequel elle évolue (consid. 4.3.2 et 4.3.3). Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (consid. 4.4 à 4.4.2; cf. communiqué aux médias du Tribunal fédéral du 17 juin 2015).

5.6 La Haute Cour a souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA selon lequel il ne saurait avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De même, la nouvelle pratique n'influence pas sur la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes, sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi (consid. 3.7.1). Par conséquent, le Tribunal a confirmé qu'il faut partir du principe que la personne assurée souffrant d'une atteinte psychosomatique est valide (consid. 3.7.2).

Dans une affaire ultérieure 9C_899/2014 du 29 juin 2015, la Haute Cour a spécifié que d'un point de vue médical, il sied de dûment motiver pour quelles raisons les limitations fonctionnelles constatées justifient une limitation de la capacité de travail tenant compte de l'effort de volonté objectivement exigible, déterminé au moyen des indicateurs standards définis (consid. 3.2 de cet arrêt).

Enfin, afin qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, que les limitations fonctionnelles d'un substrat médical établi, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soient mises en évidence, d'une manière concluante et libre de contradiction, au moins selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_492/2014 cité consid. 6 et 9C_899/2014 cité consid. 3.2).

5.7 Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral remarque que la jurisprudence de l'ATF 137 V 210 consid. 6 garde sa pertinence dans le sens que les expertises effectuées

d'après les anciens standards de procédure ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (consid. 8 de l'arrêt de principe 9C_492/2014).

6.

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification notable 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). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

7.

7.1 En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA mentionné ci-dessus, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI (premier volet), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659]), a introduit une procédure de révision particulière pour les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, ces rentes devront être réexaminées dans un délai de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2012 et être réduite ou supprimée si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies – parce que l'incapacité de travail est considérée comme surmontable (cf. consid. 4.1 et 5.1 ci-dessus) – même si l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente.

7.2 Le Tribunal fédéral a précisé que la rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2). Il arrive certes qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome non explicable, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2).

Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes objectivables que non explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique les dispositions finales aux dernières. En effet ces rentiers ne peuvent pas être avantagés par rapport à ceux qui touchent une rente pour des seuls troubles dont la pathogenèse et l'étiologie ne sont pas claires. De même, ils ne peuvent pas être privilégiés par rapport aux assurés qui déposent nouvellement une demande de prestation en raison de troubles explicables et de troubles que l'on ne peut pas objectiver (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3).

7.3 Au vu de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu des dispositions finales ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision.

Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'année la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le "moment de l'ouverture de la procédure de révision", pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite. Il ne correspond pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entend supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2). Dans les cas où la révision a été introduite avant le 1^{er} janvier 2012 (entrée en vigueur des dispositions finales), cette date-ci constitue le point d'attachement fictif (ATF 140 V 15 consid. 5.3.4, arrêt du Tribunal fédéral 8C_576/2014 cité consid. 4.3.2).

7.4 Selon les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales, l'assuré a droit, en cas de réduction ou de suppression de sa rente à des mesures de

nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI. Durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente. Le but de ces mesures est de faciliter à la personne assurée le retour à la vie active (cf. Message du Conseil Fédéral du 24 février 2010 [FF 2009 pp. 1736 s.]).

Dans l'arrêt 9C_64/2015 du 27 avril 2015 consid. 4.1, le Tribunal fédéral a précisé qu'en présence d'un tableau clinique peu claire jugé comme non invalidant, la rente d'invalidité doit être réduite ou supprimée mais qu'en même temps, un droit à des mesures de nouvelle réadaptation prend naissance avec la poursuite accessoire du versement de la rente versée jusqu'alors.

7.5 Dans l'affaire 8C_773/2013, jugée le 6 mars 2014, le Tribunal fédéral a souligné que dans le cadre d'une révision introduite en raison de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision AI, le rôle de l'examen médical, exécuté consciencieusement par des spécialistes, est particulièrement important vu qu'il n'est pas toujours facile à déterminer si un trouble psychique présente ou ne présente pas une pathogenèse et étiologie claires. De plus, le résultat de l'examen peut conduire à la suppression éventuelle d'une rente octroyée depuis plusieurs années. Ainsi, les experts doivent dans ces cas soigneusement examiner et dûment motiver les raisons pour lesquelles ils ont retenu une atteinte dont l'origine est indéterminée. Ils doivent également toujours examiner si l'état de santé de la personne assurée s'est dégradé depuis l'octroi de la rente et si, à part les atteintes non objectivables, on peut poser un diagnostic clair à l'aide d'examens psychiatriques cliniques. L'examen médical est donc soumis à des exigences particulièrement élevées. De plus, il doit être récent et répondre aux questions déterminantes (consid. 4.3.1 et références citées dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.2 ss).

Le Tribunal fédéral a également considéré que même en présence de tels éléments médicaux, l'office AI n'a pas le droit de réduire ou de supprimer inconditionnellement les rentes en cours. Au contraire, le législateur a prévu plusieurs mécanismes atténuants, conscient que le réexamen inconditionnel d'une rente en cours pouvait créer des situations très choquantes (cf. aussi consid. 4.1). A part l'exclusion du réexamen des rentiers âgés de 55 ans ou touchant une rente depuis plus de 15 ans (cf. aussi consid. 4.2), le réexamen ne peut intervenir que durant une période de trois ans. Afin d'éviter un cas de rigueur, les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales prévoient en outre que la personne assurée a droit à

des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI durant lesquelles la rente continue à être versée pendant deux ans au plus. La personne assurée doit être informée des mesures envisagées lors d'un entretien personnel. Ce ne qu'après avoir tenté un (ré)intégration dans le circuit économique que l'office AI sera en mesure de statuer définitivement si l'on peut exiger de la personne assurée qu'elle regagne le monde professionnel, tenant compte de tous les éléments subjectifs et objectifs. Lors de l'évaluation des chances de succès d'une réadaptation professionnelle, l'office AI doit en particulier prendre en considération l'âge de la personne assurée ainsi que la durée de son incapacité de gain. De cette façon, tenant compte de chaque situation individuelle et procédant à une pesée des intérêts en jeu – telle qu'exigée expressément par le Conseil Fédéral et la doctrine – il peut être déterminé si une réduction ou une suppression de la rente respecte dans le cas concret le principe de la proportionnalité (consid. 4.3.2 et références dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.3, 135 V 201 consid. 7.2.2; voir aussi le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, CDF, chiffre 1004.2).

7.6 Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 1 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) une diminution ou une suppression de la rente d'invalidité prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

8.

8.1 Le Tribunal, qui apprécie les preuves d'office et librement (cf. consid. 2 ci-dessus), 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.

8.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert

soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant 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).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

9.

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité de la recourante sur la base des dispositions finales de la 6^{ème} révision AI (1^{er} volet; cf. décision du 4 juin 2014 [AI pce 352]).

C'est donc en vain que la recourante soulève que son état de santé ne s'est pas amélioré et qu'il n'y a pas de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision AI (1^{er} volet), les rentes octroyées peuvent être réduites ou supprimées dans les cas où l'incapacité de travail de la personne assurée est surmontable,

même en l'absence d'une modification de son état de santé ou de sa situation professionnelle (cf. consid. 7.1 ci-dessus) – en effet, les nouvelles dispositions finales visent expressément ces cas où il n'y a pas eu amélioration de l'état de santé ou professionnelle.

De plus, l'assurée ne peut rien déduire en sa faveur du fait qu'elle est considérée invalide en France (AI pce 295 et TAF pce 1 annexe 14), son droit à une rente d'invalidité suisse est déterminé selon le droit suisse (cf. consid. 3.2 ci-dessus).

Enfin, il convient de rappeler que la date de la décision attaquée marque la limite du pouvoir d'examen du Tribunal de céans (à titre d'exemple : ATF 129 V 1 consid. 1.1). En l'occurrence l'examen du Tribunal est ainsi limité aux faits survenus jusqu'au 4 juin 2014. Une aggravation de l'état de santé de l'assurée survenue ultérieurement (cf. le courrier de son mandataire du 21 mai 2015) ne peut pas être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. Cas échéant, celle-ci peut faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b).

10.

10.1 Le TAF note dans un premier temps que l'OAIE a initié le réexamen de la rente en décembre 2011 (AI pce 238) et ainsi dans le délai de trois ans prévu par la loi.

10.2 De plus, en 2012, cela faisait douze ans – et ainsi moins de quinze ans – que la rente était servie, dont le droit a débuté le 1^{er} septembre 1999 (décision du 9 mars 2001 [AI pce 61]). Née en 1962, la recourante n'avait au surplus pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans au 1^{er} janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la 6^e révision de l'AI. Ainsi, l'affaire ne tombe pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales (cf. consid. 6.2.2 ci-dessus) de sorte que la recourante faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen.

10.3 Lors de la décision du 9 mars 2001, l'OAIE s'est fondé notamment sur le rapport d'expertise neurologique du 4 avril 2000, signé des Drs B._____ et C._____ qui ont retenu le diagnostic de status après lombosciatalgies gauches post-traumatiques sans hernie discale ainsi que de fibromyalgie. Ces experts ont alors attesté une capacité de travail de 20% à 30%. Ils ont expliqué que les conséquences directes de l'accident ont été les lombosciatalgies L5 gauches d'une durée d'environ

2 mois. La persistance des troubles au-delà cette période est en relation avec la personnalité préexistante de la patiente. Toutefois, la chronification de la fibromyalgie semble avoir été déclenchée par l'accident (AI pce 39). Auparavant, l'assurée a également été examinée par le Dr P._____, médecin orthopédiste (rapports des 22 décembre 1998 et 23 février 1999, qui a évoqué que l'assurée souffrait d'une décompensation douloureuse posttraumatique, voire d'une fibromyalgie préexistante mais jusqu'alors pas gênante (AI pce 11 pp. 1 et 2 et AI pce 18), ainsi que par le Dr Q._____, rhumatologue, qui a confirmé le diagnostic de fibromyalgie notamment, l'examen clinique ayant mis en évidence 18 points sur 18 pour une fibromyalgie (rapport du 17 avril 2000 [AI pce 36]). Le Dr R._____, médecin de famille de l'assurée, ayant en outre informé le 17 novembre 2000 qu'une prise en charge psychosomatique et une consultation mensuelle avaient été mises en place (AI pce 45), le Dr S._____ de l'office AI cantonal a conclu le 27 novembre 2000 que l'assurée présentait une incapacité de travail de 70% en raison de la fibromyalgie (AI pce 47).

Dès lors, la rente d'invalidité entière ayant été allouée à la recourante en raison d'une fibromyalgie, l'une des autres conditions pour le réexamen de la rente de la recourante conformément à l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, à savoir la présence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique à l'origine de la décision de rente initiale (cf. consid. 7.2 ci-dessus), est remplie.

10.4 Par ailleurs, dans son arrêt du 27 août 2008 le TAF a considéré que la rente d'invalidité été attribuée en 2001 sur la base d'avis médicaux concordants et que l'OAIE n'a pas été en droit de reconsidérer sa décision initiale en s'appuyant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral postérieure, introduisant un durcissement de la pratique (AI pce 202).

10.5 En conclusion, il reste à examiner si les troubles de la recourante entrent toujours dans ce tableau clinique (cf. consid. 7.2 ci-dessus) et si elle présente une capacité à surmonter la douleur telle qu'invoquée par l'OAIE dans sa décision.

11.

11.1 L'OAIE fonde sa décision contestée du 4 juin 2014 principalement sur le rapport médical détaillé E 213 du 16 mars 2012 de la Dresse E._____, le rapport d'expertise du 9 août 2012 du Dr

G._____ ainsi que sur les prises de positions des Drs H._____ et I._____ de l'OAIE.

11.2 A l'instar de l'assurée, le TAF doit constater en premier lieu que l'OAIE n'a pas procédé à une expertise rhumatologique qui est pourtant à la base du diagnostic de fibromyalgie retenu en l'occurrence (cf. jurisprudence citée sous consid. 5.1 ci-dessus). L'examen de la Dresse E._____, dont la spécialité médicale est d'ailleurs inconnue, ne contient pas un tel examen, ce médecin note simplement que l'assurée dit souffrir des 18 points de fibromyalgie (AI pce 267 p. 13).

11.3 S'agissant concrètement du rapport de la Dresse E._____ du 16 mars 2012 (AI pce 267), le TAF note que cette doctoresse retient comme seul diagnostic une fibromyalgie. Le formulaire E 213 n'est rempli que très partiellement. Sous les antécédents médicaux est notamment mentionné que l'assurée a fait une tentative de phlébotomie en 2010 (p. 2). Le compte-rendu annexé, se résumant à deux pages, contient en substance les antécédents de l'assurée, les thérapies suivies actuellement – la doctoresse indique notamment que l'assurée fait un suivi psychiatrique une fois par mois chez le Dr F._____ – les doléances de l'assurée (deux lignes), ainsi que le résultat de l'examen clinique. Dans la discussion, le médecin note que l'assurée présente une nette amélioration de l'état de santé et elle conclut que l'assurée est apte à l'exercice d'une activité adaptée (p. 13).

Avec la recourante, le Tribunal remarque que l'examen de la Dresse E._____ n'est que clinique, elle n'a pas recouru aux imageries récentes ou à d'autres examens. De surcroît, sa discussion se limite à constater que l'assurée présente une nette amélioration de son état de santé, sans spécifier cette amélioration. Elle conclut que l'assurée est apte à l'exercice d'une activité adaptée, mais, de nouveau, sans expliquer cette conclusion et sans décrire les limitations de l'assurée et l'activité adaptée, probablement légère au vu de la remarque indiquée à la page 8 du rapport. Il est ainsi constant, la recourante l'a soulevé à plusieurs reprises, que le rapport de la Dresse E._____, particulièrement succinct, ne reposant que sur un bref examen de l'état de santé de l'assurée et ne contenant que très peu de motivations, ne répond pas aux exigences jurisprudentielles du Tribunal fédéral, d'autant plus que ces exigences sont spécialement élevées lorsque l'examen médical intervient – comme en l'espèce – dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité introduite aux termes de la 6^{ème} révision AI (1^{er} volet; cf. consid. 7.5 et 8.2 ci-dessus).

11.4 Quant au rapport d'expertise du Dr G._____ du 9 août 2012 (Al pce 282), comprenant deux pages, le TAF note qu'il contient la présentation de l'assurée, l'histoire de la maladie, les traitements suivis et en cours, les plaintes actuelles – où il note notamment que l'assurée a fait récemment deux tentatives de suicide par phlébotomie en 2011 et 2012 – et le "reste de l'examen psychiatrique", contenant les observations du Dr G._____, notamment qu'il a mis en évidence un certain ralentissement psycho-moteur, une adhésivité et le caractère parfois diffluent du discours ainsi qu'un élément persécutif dans le registre sensitif mais aussi une tonalité plus dysphorique que dépressive. Dans ses conclusions il note que l'assurée est manifestement fragilisée par la série de pertes qui l'a frappée depuis quelques années et revendique une reconnaissance à travers celle de sa maladie, selon le terme que la médecine lui a proposé : fibromyalgie. Le psychiatre propose alors le suivi d'un traitement psychothérapeutique permettant à l'assurée de forger un autre mode de nouage.

Le Tribunal de céans doit alors constater que contrairement à ce qu'indique le Dr H._____ dans son rapport du 25 septembre 2012 (Al pce 287 p. 3), le Dr G._____ ne pose aucun diagnostic, voire de discussions sur les raisons pour lesquelles il n'a retenu aucun diagnostic, alors que la Dresse D._____ a noté dans son rapport du 2 février 2012 un état dépressif et que l'assurée a informé qu'elle a récemment commis des tentatives de suicides. De plus, son rapport ne repose pas sur aucun examen approfondi de l'état de santé de l'assurée ; notamment il semble avoir été rédigé sans que le médecin ait eu connaissance des rapports médicaux antérieurs, son histoire de la maladie repose sur les seules déclarations de l'assurée. Contrairement à ce que soutient le Dr H._____ (Al pce 287 p. 2), l'anamnèse ne peut alors pas être qualifiée de complète. De plus, le Dr G._____ n'a pas examiné si l'état de santé de l'assurée s'est dégradé depuis l'octroi initial de la rente et si, à part les atteintes non objectivables, on peut poser un diagnostic claire à l'aide des examens psychiatriques cliniques (cf. jurisprudence citée sous 7.5 ci-dessus). Enfin, ce médecin ne se prononce même pas sur la capacité de travail de l'assurée.

Ainsi, le TAF doit noter, comme le relève également l'assurée, que le rapport d'expertise très succinct du Dr G._____ ne remplit pas les exigences jurisprudentielles (cf. consid. 7.5 et 8.2 ci-dessus). Il ne permet pas non plus une appréciation convaincante de la situation de l'assurée selon les indicateurs déterminants selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 5.3 ss et notamment 5.7 ci-dessus).

11.5 En outre, le TAF doit constater que l'OAIE a omis, malgré les rapports lacunaires des Drs E._____ et G._____, de compléter le dossier médical et de demander notamment une expertise rhumatologique ainsi qu'une expertise psychiatrique tenant compte des exigences jurisprudentielles suisses, mais aussi, un rapport de la part du Dr F._____, le psychiatre traitant de l'assurée (cf. rapport de la Dresse E._____ [AI pce 267 p. 12]), et des rapports relatifs aux hospitalisations de l'assurée en 2011 et 2012 mentionnées par le Dr G._____ (AI pce 282 p. 3).

11.6 Au vu de la pauvreté manifeste de l'instruction médicale entreprise, les prises de positions du Dr H._____ et de la Dresse I._____ des 25 septembre et 20 décembre 2012 (AI pces 287 et 292), ne se fondant que sur les rapports des Drs E._____ et G._____ ainsi que sur les anciens rapports médicaux à la base des décisions antérieures, n'ont aucune valeur probante non plus.

11.7 L'assurée, qui a critiqué à plusieurs reprises en vain l'instruction lacunaire de la part de l'OAIE, a versé de sa part plusieurs nouveaux documents médicaux au dossier. Cela étant, ceux-ci, également trop succincts et peu motivés, ne permettent pas non plus de répondre aux exigences élevées de la jurisprudence (cf. consid. 5.3 ss, 7.3 ss, et 8.2 ci-dessus). En raison des constats médicaux lacunaires, les prises de positions ultérieures de la Dresse I._____ et du Dr H._____, se déterminant sur les rapports produits par l'assurée (AI pce 303, TAF pce 6 et annexe et TAF pce 18), sont également sans pertinence.

11.8 Le TAF note de surcroît que l'OAIE a omis de se déterminer sur le droit de l'assurée à des mesures de nouvelle réadaptation, prévues par les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 consid. 4.3.2 cité sous consid. 7.5 ci-dessus).

11.9 Par surabondance, l'OAIE n'a pas non plus procédé à une pesée des intérêts en jeu afin de décider si la suppression de la rente d'invalidité entière répond en l'espèce au principe de la proportionnalité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 consid. 4.3.2 cité sous consid. 7.5 ci-dessus).

12.

Il ressort de ce qui précède que la suppression de la rente d'invalidité de la recourante ne s'est pas basée sur un examen approfondi de la

situation. Par conséquent le recours de l'assurée doit être admis et la décision du 4 juin 2014 annulée.

Le renvoi de l'affaire à l'instance inférieure est indiqué dans le cas concret compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3) bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 cité consid. 3.1). En effet, le dossier ne contenant aucune expertise répondant aux exigences jurisprudentielles, l'OAIE devra reprendre l'instruction médicale notamment d'un point de vue rhumatologique et psychiatrique ; il lui appartiendra de décider de l'opportunité de demander préalablement des rapports complémentaires de la part du Dr F. _____ ainsi que des rapports relatifs aux hospitalisations de l'assurée et à sa consultation neuro-psychologique des 1^{er} et 15 février 2011. Cas échéant, l'OAIE devra également se déterminer sur le droit de la recourante à des mesures de nouvelle réadaptation et procéder à une pesée des intérêts en jeu afin de décider si une éventuelle réduction ou suppression de la rente d'invalidité répond en l'espèce au principe de la proportionnalité. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

13.

Il reste à examiner les questions des frais de procédure et des dépens.

13.1 En règle générale, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA) ; a contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit en principe pas ces frais (cf. aussi art. 63 al. 3 PA).

Selon la jurisprudence, une partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ainsi, dans le cas concret, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure de la part de la recourante, de sorte que l'avance de frais de 400 francs versée lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force.

Aucun frais de procédure n'est par ailleurs mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

Partant, il n'est pas perçu de frais de procédure.

13.2 L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement 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.

Eu égard à ce qui précède, il se justifie d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs à charge de l'OAIE. Il est rappelé que la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (cf. art. 1^{er} et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] ; arrêts du TAF C_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 4 juin 2014 annulée.

2.

L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de 400 francs, versée par la recourante, lui sera restituée par le Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

L'OAIE versera à la recourante une indemnité de 2'800 francs à titre de dépens.

5.

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 :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire 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 :