



Cour III
C-4652/2013

Arrêt du 4 décembre 2014

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Vito Valenti, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Léo Farquet,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE**, Avenue Edmond-Vaucher 18,
Case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 3 juin 2013).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante portugaise, née le (...) 1964, a travaillé en Suisse de 1984 à 2004 et cotisé à l'AVS/AI suisse. Elle habite actuellement au Portugal et n'exerce aucune activité lucrative.

B.

Le 16 septembre 1998, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse à l'Office de l'assurance-invalidité du Canton du Valais (OAI-VS). Sur la base de l'expertise pluridisciplinaire de B._____ du 8 octobre 1999, l'OAI-VS a constaté que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % à cause d'un état dépressif majeur (en rémission) et d'un trouble somatoforme douloureux. Par décision du 25 avril 2000, l'OAI-VS lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 1998 sur la base d'un degré d'invalidité de 50 % (dossier OAI-VS).

C.

Lors d'une première révision de rente en 2002, l'OAI-VS a constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente (dossier AI VS). Lors d'une deuxième révision de rente en 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), compétent vu le retour de l'assurée au Portugal, a constaté que le degré d'invalidité n'avait toujours pas changé de manière à influencer le droit à la rente (AI pce 24). Lors d'une troisième révision de rente, l'OAIE a également confirmé la demi-rente par communication du 6 juillet 2010 (AI pce 37).

D.

Lors d'une quatrième révision de rente en 2012, l'OAIE a ordonné divers examens au Portugal et a informé formellement l'assurée le 25 avril 2012 que sa rente serait réexaminée (AI pce 42).

E.

Selon le rapport psychiatrique du 8 avril 2010 du Dr C._____, l'assurée présente un trouble de l'adaptation F43.2 selon CIM 10 (AI pce 32). Dans son rapport du 28 août 2012, la Dresse D._____ constate une euthymie et aucune pathologie psychiatrique (AI pce 49). Dans leurs prises de position des 28 septembre 2012 et 10 janvier 2013, les médecins de l'OAIE ont constaté que l'état de santé de l'assurée s'était nettement amélioré puisqu'elle ne présentait qu'une fibromyalgie sans trouble psychique invalidant, n'avait aucun diagnostic concernant l'appareil locomoteur et disposait donc d'une pleine capacité de travail aussi bien dans toute activité lucrative que

dans les tâches ménagères (AI pces 54 et 56). Par projet de décision du 22 janvier 2013, l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait supprimer la demi-rente d'invalidité (AI pce 57). Le 19 mars 2013, l'assurée a présenté des observations contre le projet de décision (AI pce 61) et produit des pièces médicales en particulier un rapport de la clinique rhumatologique de E. _____ du 11 mars 2013 mentionnant un Lasègue positif des deux côtés et des troubles de la sensibilité au niveau des vertèbres L5-S1 jusque dans la jambe droite (AI pce 58). Dans sa prise de position du 7 avril 2013, le médecin de l'OAIE a constaté que les nouvelles pièces médicales produites n'étaient pas de nature à modifier l'estimation d'une pleine capacité de travail (AI pce 63). Par décision du 3 juin 2013, notifiée le 19 juin 2013, l'OAIE a supprimé la demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2013 (AI pce 65).

F.

Le 19 août 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Elle a argué que son état de santé s'était aggravé et non amélioré. Elle a demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse.

G.

Dans sa réponse au recours du 14 novembre 2013, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 5). Il a argué que, en vertu de la 6^e révision de la LAI, il avait dû procéder à un réexamen de la rente entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014 puisque l'assurée n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'avait pas encore bénéficié de la rente pendant plus de 15 ans, que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychique et donc non invalidant et que la rente devait par conséquent être supprimée.

H.

Par décision incidente du 26 novembre 2013 (TAF pce 6), le Tribunal administratif fédéral a imparté à l'assurée un délai de 30 jours pour produire une réplique et s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de CHF 400.- sur les frais de procédure présumés. L'assurée s'est acquittée dudit montant le 27 décembre 2013 (TAF pce 8). Par courrier du 8 janvier 2014, l'assurée a demandé une prolongation du délai pour produire une réplique parce qu'une nouvelle stagiaire de l'étude d'avocat avait repris son cas (TAF pce 9). Par décision incidente du 14 janvier 2014, le Tribunal administratif fédéral a rejeté la demande de prolongation de délai (TAF pce 10).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA, dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

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

2.

2.1 L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71. Les nouveaux règlements (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 (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11), valables dans les relations entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne dès le 1^{er} avril 2012, avec l'entrée en vigueur de l'annexe II révisée de l'ALCP, et qui remplacent les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72, sont également applicables dans la présente procédure.

2.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses

de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

Le Tribunal administratif fédéral 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, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, sauf mention contraire, puisque les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

6.

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

6.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

6.3 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

6.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un

spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.

7.1 Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

7.2 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 que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification.

7.3 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 en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). 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 réf. 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). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision

en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

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

7.5 Selon les dispositions finales de la révision 6a de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1). Cette disposition de s'applique par aux personne qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen (al. 4).

8.

En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 1998 selon la décision du 25 avril 2000 de l'OAI-VS. Lors de révisions de rente en 2002, 2005 et 2010, l'OAI-VS et l'OAIE ont confirmé la demi-rente d'invalidité sans examiner le cas de manière approfondie. Par contre, lors d'une révision en 2012, l'OAIE a constaté que l'état de santé de l'assurée s'était nettement amélioré et qu'elle n'avait par conséquent plus droit qu'à une demi-rente d'invalidité. La question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification doit par conséquent

être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 25 avril 2000 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 3 juin 2013.

9.

9.1 Alors que l'OAIE base la suppression de la demi-rente à partir du 1^{er} août 2013 sur une amélioration de l'état de santé, la recourante argue que ses douleurs ont augmenté et que son état de santé s'est donc détérioré.

9.2 Le Tribunal de céans constate que la demi-rente avait été accordée à partir du 1^{er} août 1998 en raison d'un trouble somatoforme douloureux, donc d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologies claires, l'état dépressif majeur étant en rémission à cette époque. Etant donné que l'assurée n'avait pas atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la révision 6a de la LAI au 1^{er} janvier 2012 et ne touchait pas la demi-rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen, la rente peut être réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies.

9.3 Sur le plan psychique, le Tribunal fait sienne l'évaluation de la capacité de travail des médecins de l'OAIE des 28 septembre 2012 et 10 janvier 2013 (AI pces 54 et 56) et considère, sur la base de toutes les pièces médicales versées au dossier, que l'assurée ne présente aujourd'hui plus aucun diagnostic psychiatrique invalidant et qu'elle jouit, du point de vue psychiatrique, d'une pleine capacité de travail dans toute activité puisqu'il faut faire abstraction du syndrome somatoforme douloureux non invalidant.

9.4 Par contre, du point de vue somatique, le Tribunal constate que l'état de santé semble s'être détérioré puisque le Dr F._____ n'avait rien signalé de particulier concernant l'appareil loco-moteur en septembre 2012, en particulier pas de limitations de la colonne vertébrale et un Lasègue négatif (AI pce 47) et que le rapport de la clinique rhumatologique de E._____ du 11 mars 2013 mentionne un Lasègue positif des deux côtés et des troubles de la sensibilité au niveau des vertèbres L5-S1 jusque dans la jambe droite (AI pce 58). Lors de l'expertise pluridisciplinaire de B._____ du 8 octobre 1999, les médecins avaient constaté des protusions discales L4/L5 et L5/S1. Dans le rapport E213 du 29 juin 2012, il est question d'hernies discales L4/L5 et L5/S1. De plus, les médecins portugais attestent une dégradation de la situation du dos due à l'âge de l'assurée.

9.5 Le Tribunal constate que les médecins de l'OAIE ne se sont pas exprimés en détail sur une éventuelle dégradation de l'état somatique de l'assurée et ses effets sur la capacité de travail, se bornant à déclarer que les nouvelles pièces médicales n'étaient pas de nature à modifier l'estimation d'une pleine capacité de travail (AI pce 63). Le Tribunal considère que, vu les problèmes de dos, une pleine capacité de travail dans toute activité ne peut pas être considérée comme établie et qu'un complément d'instruction s'impose.

10.

Il s'ensuit de ce qui précède que le dossier doit être retourné à l'administration en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle requiert une expertise rhumatologique/orthopédique fixant les limitations fonctionnelles de l'assurée, les conditions que devrait remplir une activité adaptée, la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans une telle activité ainsi que l'éventuelle perte de gain et rende une nouvelle décision.

11.

11.1 La recourante ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de CHF 400.- lui est remboursée.

11.2 La recourante ayant agi en étant représentée, elle a droit à une indemnité de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant, le Tribunal lui alloue une indemnité globale de dépens de CHF 2'500.- (sans TVA qui n'est pas due).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 3 juin 2013 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens du consid. 10.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 400.- versée par la recourante lui sera intégralement restituée.

3.

Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'500.- à la charge de l'OAIE.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :