



Cour III
C-5411/2010

Arrêt du 20 mars 2012

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Beat Weber, Daniel Stufetti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Me Sofia Arsénio, 1002 Lausanne,
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 17 juin 2010).

Faits :**A.**

La ressortissante portugaise A._____, née le 10 janvier 1958, a été assurée à l'AVS suisse de 1979 à 1998 (cf. pce 76). Sa dernière activité en suisse a été celle d'aide de maison dans une garderie d'enfants avec travaux légers de nettoyage à mi-temps dans le secteur public (cf. pces 2 et 7). Elle fut en incapacité de travail à 100% depuis le 14 avril 1997 pour un état dépressif grave associé à un syndrome somatoforme douloureux avec symptômes psychotiques, importante prescription médicamenteuse, retrait social, importantes difficultés dans le fonctionnement quotidien (cf. pces 22 et 24). Par décision du 28 janvier 2000 de l'Office d'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI-VD), l'intéressée fut mise au bénéfice d'une rente entière pour un taux d'invalidité de 100% à compter du 1^{er} avril 1998 (pce 31). En août 2000 l'assurée quitta la Suisse pour le Portugal (pces 34 et 37).

B.

Par communication du 5 février 2004 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) reconduisit la rente entière de l'intéressée (pce 59) sur la base notamment de la prise de position de la Dresse B._____ de l'OAIE du 29 janvier 2004 qui releva un état de santé inchangé dans un cadre de lourde situation psychosociale retenant le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents avec manifestations psychotiques et de syndrome douloureux chronique (pce 58).

C.

En avril 2008 l'OAIE initia une révision du droit à la rente (pce 60) et porta au dossier les documents ci-après:

- le questionnaire pour la révision de la rente daté du 18 novembre 2008 selon lequel l'intéressée n'a pas repris d'activité (pce 67),
- un rapport de Mme Dr C._____, psychologue clinicienne, du 9 octobre 2003, concluant notamment à une baisse des capacités mnésiques interférant sur la symptomatologie dépressive et anxieuse (pce 68),
- un rapport psychiatrique manuscrit non daté (apparemment antérieur à février 2004, voir pce 51) du Dr D._____, psychiatre, faisant état des atteintes passées, d'activités uniquement domestiques, de difficultés d'adaptation, de mélancolie avec inhibition psychomotrice, d'angoisse, d'asthénie, d'adynamie, de crises de larmes non motivées

et irritabilité faciles, d'anxiété, de céphalées, de vertiges atypique, d'hyperacousie, d'attention difficile, de déficit mnésique, d'hallucination en situation réactive, de trouble du comportement alimentaire / boulimie, de symptômes de rumination mentale (pce 69),

- un rapport médical E 213, daté du 17 juillet 2008, notant les plaintes de douleurs ostéoarticulaires symétriques et fatigue rapide, relevant un bon status général (168cm/84kg), une bonne mobilité des membres supérieurs et inférieurs, une bonne force musculaire, un bon tonus, une marche sans altération, posant le diagnostic en référence aux documents précédents de syndrome dépressif récurrent avec symptômes psychotiques et de fibromyalgie, notant une incapacité relative sans perspective d'amélioration, un état stationnaire permettant des travaux légers dont l'ancienne activité à tiers temps (pce 70),
- un rapport psychiatrique du Dr E. _____ daté du 30 juin 2008 faisant état des atteintes passées, de relations conjugales fortement dégradées, d'une procédure de divorce en cours, notant un visage peu expressif, une présentation adéquate, une attitude collaborante, de l'anxiété, de la tension intérieure, un discours fluent non altéré, une humeur modérément déprimée, une labilité émotionnelle, une pensée non altérée en la forme et le contenu, une perception sans hallucination ou illusion avec dépersonnalisation mais sans déphasement de la réalité, des fonctions cognitives paraissant maintenues, retenant le diagnostic CIM-10 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) entraînant une incapacité de quelque 15% (pce 71),
- une note du Dr F. _____ de l'OAIE datée du 25 janvier 2009 relevant l'incapacité de 15% retenue par le rapport précédent et indiquant la nécessité d'une expertise psychiatrique pour confirmer ce taux (pce 74),
- le rapport du Dr D. _____, psychiatre, pce 69, dactylographié, daté nouvellement du 2 avril 2009, complété par les indications de suivi thérapeutique de 18 mois et du diagnostic (F33.3 CIM-10) de trouble dépressif majeur récurrent grave avec symptômes (pce 79), envoyé par l'assurée (pce 80),
- une note du Dr G. _____ de l'OAIE datée du 9 juin 2009 relevant les contradictions d'appréciation entre les Drs E. _____ et D. _____

sur la base du même diagnostic et notant la nécessité d'une expertise psychiatrique et rhumatologique réalisée en Suisse (pce 86),

- un rapport d'expertise daté du 20 novembre 2009 du Centre d'Expertise Médical de Nyon (CEMed) signé des Drs H._____, psychiatre, I._____, rhumatologue, et J._____, direction médicale, faisant état des pièces au dossier, notant les plaintes de douleurs quotidiennes évaluées à 5-9/10 localisées de façon variable, d'hypertension, de céphalées, de comportement boulimique, d'incontinence urinaire, d'asthme allergique, de fatigue intense et absence d'énergie, de nervosité et irritabilité, notant un mode de vie sédentaire avec rencontre de proches d'un petit cercle, un suivi psychiatrique (1x/mois) et psychologique (2x/mois), relevant un status de 89kg/166cm, une présentation simple et correcte en rapport avec l'âge, un tonus musculaire normal, une mobilité du tronc et des membres correcte sans signe inflammatoire des articulations, une démarche et gestuelle un peu lente et ralentie, pas de comportement douloureux, une expression émotionnelle peu fluctuante non sans quelques sourires, une humeur triste, un abattement modéré, pas d'évidence en direction d'un trouble de la personnalité, une intelligence, un jugement, un raisonnement paraissant dans la norme, des troubles attentionnels, de la concentration et de la mémoire modérés, indiquant une amélioration du status psychologique lié au divorce de l'intéressée en 2008, relevant que l'ensemble des plaintes évoquait une symptomatologie dépressive sévère, un trouble alimentaire de type boulimie et quelques plaintes compatibles avec un trouble extrinsèque du sommeil. Le rapport nota un décalage entre la sévérité des plaintes et les capacités dans les activités quotidiennes. Il retint le diagnostic de trouble douloureux somatoforme accompagné d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel était moyen avec un syndrome somatique. Le trouble somatoforme n'étant pas lié à une comorbidité psychiatrique grave, il ne fut pas retenu invalidant dans un cadre de status sans perte d'intégration sociale et d'état psychique non cristallisé. Par ailleurs le rapport releva que les analyses sérologiques avaient démontré une mauvaise compliance médicamenteuse et qu'un meilleur suivi permettrait une amélioration de l'état de santé. Enfin, le rapport conclut à une pleine capacité de travail sans limitation dès l'expertise dans l'activité précédemment exercée de nettoyeuse dans une garderie sous réserve d'importantes sollicitations du dos, soit de charges de plus de 20 kg ou de charges répétitives de plus de 10 kg, en raison de troubles dégénératifs [légère discarthose en L4-L5 et L5-S1 documentée] du rachis lombaire (pce 93).

D.

Invité à se déterminer sur le dossier, le Dr G._____, psychiatre pour l'OAIE, reprit dans son rapport du 21 décembre 2009 pour l'essentiel les conclusions de l'expertise du CEMed et nota que celle-ci mettait clairement en évidence une amélioration conduisant à l'absence d'incapacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité de substitution à compter du 20 novembre 2009. A ce titre il nota comme activité de substitution celles de concierge / gardien d'immeuble / de chantier, surveillant de parking / musée, vendeur de billets, distribution de courrier interne, commissionnaire (pce 96).

E.

Par projet de décision du 25 février 2010 l'OAIE informa l'assurée qu'il était apparu de la nouvelle documentation médicale produite, en particulier de l'expertise du CEMed de Nyon, notamment l'absence de caractéristiques comportementales particulières, un abattement modéré et l'absence d'éléments de la lignée psychotique et que, si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux pouvait toujours être retenu, il existait de toute évidence une évolution favorable, ledit trouble ne survenait plus dans un processus maladif ou ne provenait plus d'une affection chronique durable et n'était plus associé à une comorbidité psychiatrique grave. L'OAIE indiqua qu'en l'occurrence il n'y avait pas d'état psychique cristallisé, de perte d'intégration sociale, que la capacité de travail était entière sans limitation dès l'expertise et que de ce fait il n'existait plus de droit à une rente d'invalidité (pce 97).

L'intéressée s'opposa à ce projet en date du 24 mars 2010 faisant valoir les conclusions de nouveaux rapports médicaux établissant son invalidité et indiqua souhaiter une nouvelle expertise médicale. Elle joignit à son envoi:

- un rapport neuropsychologique daté du 22 mars 2010 signé du Dr K._____ concluant à un déficit cognitif objectif conférant une incapacité fonctionnelle objective permanente et irréversible cristallisée au niveau de la personnalité liée à une symptomatologie dépressive d'intensité modérée associée à une pathologie algique (fibromyalgie et asthme) entraînant un déficit fonctionnel avec répercussion sur les activités de la vie quotidienne, atteintes justifiant l'attribution d'une rente d'invalidité (pce 98),
- un rapport psychiatrique du Dr D._____, daté du 23 mars 2010 faisant état d'un suivi depuis le 2 novembre 2000 consécutif à un traite-

ment initié depuis 1993 pour état dépressif grave, reprenant le contenu de ses rapports antérieurs, relevant une symptomatologie comorbide au niveau rhumatologique (fibromyalgie) et respiratoire (asthme) réduisant significativement la capacité fonctionnelle, des altérations cognitives marquées particulièrement dans le processus mnésique et dans les fonctions exécutives, notant un pronostic grave et le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques entraînant une incapacité pour tout travail (pce 99),

- un rapport psychologique daté du 29 mars 2010 de Mme M._____, psychologue, notant un suivi thérapeutique depuis 2003 pour une symptomatologie dépressive et une instabilité psycho-affective avec aggravation actuelle et idéation suicidaire avec risque imminent de décompensation (pce 100).

Invité à se prononcer sur la nouvelle documentation médicale produite en procédure d'audition, le Dr G.____ de l'OAIE, dans son rapport du 30 mai 2010, nota que le rapport du Dr D.____ du 23 mars 2010 était superposable dans les grandes lignes à ses rapports antérieurs et n'apportait pas d'élément nouveau dont les experts n'auraient pas eu connaissance, que le rapport du Dr K.____ du 22 mars 2010 mettait en évidence un dysfonctionnement neurocognitif secondaire au trouble de l'humeur, élément connu et discuté par les experts qui avaient mentionné un trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire modéré, enfin que le rapport de Mme M._____ mentionnait une aggravation de la symptomatologie dépressive sans description précise des signes objectifs, que cela pouvait se comprendre par une réaction dépressive de durée limitée réactionnelle au risque de la suppression de rente, en l'occurrence que les différents documents ne conduisaient pas à une modification de sa prise de position du 9 février 2009 fondée sur l'expertise du CEMed réalisée dans les règles de l'art (pce 103).

Par décision du 17 juin 2010 l'OAIE supprima la rente de l'intéressée pour les motifs énoncés dans son projet avec effet au 1^{er} août 2010, précisant que la nouvelle documentation produite soumise à son service médical ne modifiait pas ses précédentes conclusions (pce 106).

F.

Contre cette décision l'intéressée, représentée par Me S. Arsénio, interjeta recours en date du 28 juillet 2010 auprès du Tribunal de céans réservant le dépôt d'un mémoire et de pièces complémentaires, le cas échéant après avoir pris vision du dossier, et concluant au maintien de sa rente

entière d'invalidité (pce TAF 1). Elle fit valoir que les conclusions auxquelles les experts du CEMed étaient parvenues étaient en totale contradiction avec la réalité. A ce titre elle se référa aux rapports des Dr D._____ et K._____ et au rapport de la psychologue M._____. Elle produisit deux nouveaux rapports médicaux:

- un rapport du Prof. N._____, orthopédiste, daté du 8 juillet 2010, relevant à l'examen clinique dans sa spécialisation une rigidité segmentaire de la colonne lombaire basse, une contracture douloureuse des muscles des gouttières des vertèbres lombaires, une périarthrite de la hanche gauche, concluant à l'existence d'une pathologie ostéoarticulaire chronique invalidante et progressive de la colonne lombaire avec impact neuropsychique entraînant une incapacité de travail supérieure à 70% et totale comme employée de nettoyage,
- un rapport psychiatrique du Dr O._____, daté du 7 juillet 2010, notant un suivi depuis le 15 mai 2010, un status sous médication, posant le diagnostic de dépression endogène monopolaire, fluctuant avec des épisodes récurrents de dépression "majeure" (quelquefois avec symptômes psychotiques) ou "mineure" (incluse dans CIM-10 F33), avec des crises d'angoisse paroxystiques épisodiques, des comportements phobico-anxieux, des altérations dysfonctionnées autonomiques somatoformes associées, notant en substance que les atteintes avaient une influence sur la capacité de travail de l'intéressée, qu'elles ne permettaient pas d'assurer la constance nécessaire requise dans le monde du travail de sorte que l'incapacité totale déterminée antérieurement devait être reconduite.

G.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE requit l'avis du Dr G._____, lequel indiqua dans son rapport du 7 novembre 2010 que le rapport du Dr N._____ mentionnait la présence de lombalgies chroniques sur la base d'une pathologie ostéo-articulaire chronique, atteinte connue relevée comme modérée dans l'expertise du CEMed, et que le rapport du Dr O._____ ne contenait pas de nouveaux éléments objectifs ou de nouveaux diagnostics. Dans sa réponse du 15 novembre 2010 l'OAIE conclut ainsi au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir que selon l'expertise du 20 novembre 2009 il était apparu une amélioration sur le plan psychique depuis la révision antérieure et qu'il avait été relevé l'exigibilité de la part de l'assurée de reprendre une activité lucrative moyennant l'aide d'un traitement médicamenteux mieux approprié. Il indiqua que son service médical avait pu observer une

amélioration significative des troubles d'ordre psychiatrique et avait conclu à une pleine capacité de travail comme nettoyeuse depuis l'expertise de 2009, appréciation confirmée après la procédure d'audition et au cours de la procédure de recours à la suite de la nouvelle documentation médicale produite (pce TAF 8).

H.

Par décision incidente du 19 mai 2011 le tribunal de céans requit de l'intéressée une avance sur les frais de procédure de 400 francs, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pces 13 et 17).

I.

Par réplique du 28 juin 2011, ayant pris connaissance de l'expertise du CEMed (pce 93) et des rapports du Dr G. _____ (pces 93, 96, 103), l'intéressée indiqua n'être pas en mesure de pouvoir travailler comme l'attestait nouvellement les Drs O. _____ et N. _____ dans leurs rapports des 20 et 22 juin 2011. Elle ne fit plus allusion à sa demande de prendre vision du dossier. Au fond, elle contesta l'amélioration significative des troubles d'ordre psychiatrique alléguée par l'OAIE qui lui permettrait de reprendre son activité de nettoyeuse et conclut sous suite de frais et dépens à la reconduction d'une rente entière (pce TAF 15). Dans les rapports précités le Dr O. _____ réaffirma le contenu de son rapport médical du 7 juin 2010 concluant à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50% compte tenu de l'ensemble des circonstances et de l'expérience médico-légale. Pour sa part le Dr N. _____ reprit le contenu de son précédent rapport.

Par duplique du 9 août 2011 l'OAIE réitéra ses conclusions relevant que la dernière documentation médicale produite n'apportait pas d'élément nouveau comme l'avait établi (rapport du Dr G. _____ du 14 juillet 2011, pce 111) son service médical (pce TAF 18).

Par acte du 9 septembre 2011 l'intéressée nota qu'il existait une importante différence entre les constatations effectuées par ses médecins traitant actuellement et celles effectuées en 2009 et qu'en conséquence une nouvelle expertise médicale devait être ordonnée (pce TAF 20). Le tribunal de céans transmet la détermination précitée à l'autorité inférieure en date du 15 septembre 2011 pour connaissance (pce TAF 21).

Droit :**1.**

1.1. Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2. Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, 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 ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4. Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi et l'avance de frais ayant été effectuée dans le délai imparti, le recours est recevable.

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 1^{er} 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 1^{er} 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.

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.

L'objet du litige selon la décision attaquée du 17 juin 2010 est le bien-fondé, suite à la révision du droit à la rente initiée en avril 2008, de la suppression avec effet au 1^{er} août 2010, au motif d'une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée, de la rente entière d'invalidité perçue par l'intéressée depuis le 1^{er} avril 1998 par décision initiale du 28 janvier 2000 de l'OAI-VD et reconduite par communication du 5 février 2004 en raison d'un état de santé inchangé.

La documentation médicale établie après la décision attaquée ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension des atteintes antérieures à ladite décision.

4.

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

4.2. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 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). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI à partir du 1^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

5.

5.1. 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.

5.2. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

5.3. L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 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.

5.4. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

5.5. Le Tribunal fédéral a par ailleurs 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; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). Une simple communication à l'assuré clôturant un tel examen de fond est toutefois mise sur le même pied qu'une décision entrée en force pour ce qui est du moment de la comparaison (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009).

En l'espèce, la reconduction de la rente entière par communication du 5 février 2004 de l'OAIE est la base de comparaison avec la décision de suppression du 17 juin 2010 de l'OAIE. La communication du 5 février 2004 fut motivée par un status inchangé depuis la décision du 28 janvier 2000 selon le rapport médical de la Dresse B._____ de l'OAIE du 29 janvier 2004 qui releva un cadre de lourde situation psychosociale et retint le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents avec manifestations psychotiques et de syndrome douloureux chronique.

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, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). 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). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

6.2. 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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

7.

7.1. L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent

être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2. Le tribunal des assurances 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 réf. cit.). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: 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 353 consid. 3b/dd et les références citées).

8.

8.1. En l'espèce, l'intéressée fut mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision de l'OAI-VD du 28 janvier 2000 à compter du 1^{er} avril 1998 essentiellement en raison de troubles psychiatriques. Des atteintes au rachis étaient également présentes mais non significatives. A cette époque un état dépressif grave associé à un syndrome somatoforme douloureux avec symptômes psychotiques, importante prescription médicale, retrait social, importantes difficultés dans le fonctionnement quotidien avaient été retenus à la base de l'octroi de la rente entière. Ce status fut confirmé pour la reconduction de la rente entière en 2004 par la Dre^{se} B._____ dans un rapport du 29 janvier 2004 notant une lourde situation psychosociale et posant le diagnostic d'épisodes dépressifs récur-

rents avec manifestations psychotiques et de syndrome douloureux chronique. Ce status d'incapacité quasi-totale de travail est la base de comparaison de la révision de rente contestée.

8.2.

8.2.1. En avril 2008, l'OAIE initia une révision du droit à la rente et requit de l'organe de liaison portugais une nouvelle documentation médicale qui apparut contradictoire sur le plan des atteintes psychiatriques. En effet, le rapport du Dr E._____ daté du 30 juin 2008 faisait état de conflits conjugaux importants, posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, mais ne retenait qu'une incapacité de travail de 15% alors qu'un rapport du Dr D._____ non daté était nettement moins favorable. Sur le plan somatique le rapport E 213 du 17 juillet 2008 ne retint par contre pas d'atteintes significatives. C'est dès lors à juste titre que l'OAIE requit une expertise psychiatrique étendue au plan rhumatologique compte tenu des atteintes antérieures somatiques de l'assurée. L'expertise du CEMed du 20 novembre 2009 ne mit pas en exergue d'atteintes somatiques significatives et discuta principalement les troubles d'ordre psychiatrique. Il releva pour l'essentiel une expression émotionnelle peu fluctuante, une humeur triste non sans quelques sourires, un abattement modéré, pas d'évidence en direction d'un trouble de la personnalité, une intelligence, un jugement, un raisonnement paraissant dans la norme, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire modérés. Il indiqua une amélioration du status psychologique lié au divorce de l'intéressée en 2008, relevant que l'ensemble des plaintes évoquait une symptomatologie dépressive sévère, un trouble alimentaire de type boulimie et quelques plaintes compatibles avec un trouble extrinsèque du sommeil. Le rapport nota cependant un décalage entre la sévérité des plaintes et les activités quotidiennes rapportées par l'intéressée. Il retint le diagnostic de trouble douloureux somatoforme accompagné d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel était moyen avec un syndrome somatique mais précisa que le trouble somatoforme n'étant pas lié à une comorbidité psychiatrique grave, il n'était pas retenu invalidant dans un cadre de status sans perte d'intégration sociale et d'état psychique non cristallisé. Par ailleurs le rapport releva que les analyses sérologiques avaient démontré une mauvaise compliance médicamenteuse et qu'un meilleur suivi permettrait une amélioration de l'état de santé.

8.2.2. C'est essentiellement sur les constats de l'expertise du CEMed que l'OAIE retint une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée

pour retenir comme les experts du CEMed le firent une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure à compter de l'expertise. Ils mirent l'accent sur le divorce bénéfique de l'intéressée dont la cohabitation antérieure avec le mari fut décrite comme particulièrement difficile et violente. Ils notèrent un décalage entre la sévérité des plaintes et les activités quotidiennes décrites, une intégration sociale préservée, certes restreinte à un petit cercle. Ils relevèrent que le trouble somatoforme douloureux n'était ainsi plus associé à une comorbidité psychiatrique grave. En soi l'expertise psychiatrique peut être suivie dans ces constats, moins dans l'appréciation du décalage entre les plaintes décrites et les activités quotidiennes décrites, car celles-ci n'ont rien d'extraordinaire et relèvent de la simple occupation de la journée (ménage et repas avec la mère, sieste, télévision, achats, promenade avec une amie, visites occasionnelles [pce 93, p. 9]), et ne convainc pas dans ses conclusions car elle ne discute aucunement la réelle possibilité de l'assurée de reprendre une activité à plein temps après sa longue période d'inactivité dont une bonne partie l'a été en raison de troubles psychiatriques graves. Cette possibilité est simplement tenue pour acquise. L'expertise retient par ailleurs un diagnostic difficilement conciliable avec une capacité de travail à plein temps et réserve aussi la réalité de celle-ci à une meilleure compliance médicamenteuse. Le rapport E 213 du 17 juillet 2008 concluant à une capacité de travail résiduelle d'un tiers pour des travaux légers et le rapport du Dr D._____ daté du 2 avril 2009 notant un suivi thérapeutique de 18 mois posant le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent grave avec symptômes ne permettent pas de suivre sans autres les conclusions de l'expertise du CEMed compte tenu des atteintes psychiatriques antérieures de l'assurée et des autres rapports médicaux au dossier, dont les derniers qui concernent aussi le status de santé de l'intéressée antérieur à la décision attaquée, qui laissent peu envisager la capacité d'une pleine activité lucrative. D'autre part, le fait que l'assurée présente un important déconditionnement au travail est manifeste de l'ensemble du dossier, même si cela n'est pas indiqué dans l'expertise du CEMed, et devait être pris en compte. Un déconditionnement, notamment chez une personne de plus de 50 ans après plus de 14 ans d'inactivité ne peut simplement être ignoré même si la jurisprudence le prend de règle en compte dès l'octroi de 15 ans de rente ou l'âge de 55 ans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.2.2). Certes la prise en compte d'un déconditionnement doit relever d'un état pathologique et non uniquement être réactionnel à l'idée de devoir réintégrer le marché du travail après une longue période d'inactivité. En l'occurrence le rapport du CEMed n'a pas discuté la question et le Dr G._____ de l'OAIE n'a pas tenu compte de cet aspect au vu des documents médicaux présentés en

phase d'audition et de la longue période d'inactivité de plus de 14 ans de l'assurée dont de nombreuses années avec une lourde atteinte d'ordre psychiatrique, éléments permettant d'inférer un important déconditionnement pathologique nécessitant pour le moins son appréciation médicale.

8.2.3. A l'encontre des réserves ici émises sur l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail retenue, il y a toutefois lieu de relever que selon le principe de l'art. 7 al. 2 LPGA seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} éd. 2010, p. 383); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison de revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1), à moins justement d'un déconditionnement pathologique grave.

8.3. Vu ce qui précède il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle procède à un complément d'instruction consistant à soumettre les rapports médicaux reçus en procédure d'audition au CEMed afin que cet organisme se détermine nouvellement sur la capacité de travail de l'intéressée au vu de ceux-ci et que l'OAIE, suite également à une nouvelle appréciation de son service médical, rende une nouvelle décision.

9.

9.1. La recourante ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et l'avance de frais fournie de 400 francs lui est restituée intégralement (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2).

9.2. Vu l'issue du litige, il est allouée une indemnité de dépens de 3'000 francs à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [RS 173. 320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 17 juin 2010 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens des considérants 8.2 s.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais fournie de 400 francs est restituée à la recourante.

3.

Il est allouée à la recourante une indemnité de dépens de 3'000 francs à charge de l'autorité inférieure.

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 à Berne (recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

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 :