



Cour III
C-5994/2011

Arrêt du 23 mai 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Francesco Parrino, Stefan Mesmer, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
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 20 septembre 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissante espagnole, née le 4 décembre 1951, mariée, mère de deux enfants, a travaillé en Suisse et cotisé à l'AVS/AI de 1970 à 2003.

B.

Le 17 juillet 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Fribourg (OAI-FR). Elle a indiqué qu'elle était sans formation, avait travaillé en Suisse comme aide soignante et aide ménagère et qu'elle souffrait de fibromyalgie depuis environ 1993 (AI dossier 1).

C.

En automne 2002, l'assurée était en traitement pour des douleurs à la cheville gauche auprès du Dr B._____. Elle a été hospitalisée au service de rhumatologie de l'hôpital C._____ du 17 septembre au 31 octobre 2002 où les médecins ont posé les diagnostics suivants: syndrome lombospondylogène gauche, arthrose interfacettaire discrète L4-L5 et L5-S1, douleurs de la cheville gauche, status post cholécystectomie et hystérectomie. Dans son expertise du 24 février 2003, le Dr D._____, spécialiste FMH médecine interne, mandaté par la société d'assurances Allianz, considérait que l'assurée était incapable d'exercer sa profession habituelle à cause d'une impotence fonctionnelle liée à des lombosacralgies gauches avec syndrome spondylogène gauche. Selon le rapport d'expertise psychiatrique du Dr E._____ du service psycho-social F._____ du 20 décembre 2004, il existait une incapacité de travail de 100% dès le 17 septembre 2002 due principalement à un trouble somatoforme douloureux et accessoirement à un trouble anxieux dépressif. Dans son rapport d'expertise du 20 janvier 2005, le Dr G._____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, a mentionné les diagnostics suivants: syndrome lombo-spondylogène associé à de discrets troubles statiques et dégénératifs, arthralgie sous-astragalienne du pied gauche et trouble somatoforme douloureux persistant de l'hémicorps gauche, et évalué la capacité de travail résiduelle à 50 % au plan rhumatologique. Le 28 avril 2005, le service juridique de l'OAI-FR a donc considéré que le trouble somatoforme douloureux avait un caractère invalidant et, par décisions des 31 août, 12 et 22 septembre 2005, l'OAI-FR a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité et à son conjoint une rente complémentaire à compter du 1^{er} septembre 2003, retenant un degré d'invalidité de 100 % (AI dossier 1).

D.

En 2006, l'assurée est retournée s'installer en Espagne, l'OAI-FR a donc transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) pour compétence.

E.

En avril 2009, l'OAIE a introduit une première révision de la rente entière d'invalidité (AI dossier 2 pce 3). Selon le rapport médical de la Sécurité sociale espagnole du 27 juillet 2009, l'assurée souffrait de fibromyalgie et présentait une invalidité totale (AI dossier 2 pce 16). Dans sa prise de position du 8 janvier 2010, le Dr H._____ de l'OAIE a estimé qu'une expertise psychiatrique supplémentaire était nécessaire (AI dossier 2 pce 36). Selon le rapport psychiatrique du 17 mars 2010 du Dr I._____ (AI dossier 2 pce 51), l'assurée présentait une fibromyalgie avec un trouble dépressif relatif à cette pathologie et suivait un traitement antidépresseur et anxiolytique. Dans son rapport du 4 mai 2010 (AI dossier 2 pce 58), le Dr H._____ a retenu que les éléments dépressifs liés à la fibromyalgie n'avaient jamais dû être traités et a donc nié l'existence d'une comorbidité psychique se démarquant de la fibromyalgie, estimant la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50 % au moins dès le 17 mars 2010. Appelé à se prononcer, dans son rapport du 23 juin 2010 (AI dossier 2 pce 60), le Dr J._____, psychiatre du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a considéré que le rapport psychiatrique de 2010 était extrêmement succinct et qu'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique en Suisse s'imposait.

F.

Sur mandat de l'OAIE, le centre K._____ a soumis l'assurée à une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique les 24 et 25 novembre 2010 par le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse M._____, spécialiste FMH rhumatologie et médecine interne. Selon le rapport d'expertise du centre K._____ du 16 décembre 2010 (AI dossier 2 pce 74), l'assurée ne souffrait pas d'une fibromyalgie, le nombres de critères remplis indiquant cette maladie n'étant pas assez important, mais présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les experts du centre K._____ ont posé un seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, à savoir une spondylodiscarthrose présente depuis 1986, les autres diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, à savoir un syndrome douloureux somatoforme persistant dans le contexte d'un trouble anxieux et dépressif mixte, hypertension artérielle traitée, obésité, etc. Le Dr L._____ n'a pas retenu d'incapacité de travail psychiatrique et a renvoyé à l'apprécia-

tion rhumatologique, la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une gravité, d'une acuité et d'une durée importantes ne pouvant être attestée. Il a considéré que l'effort de volonté de la part de l'assurée pour surmonter ses troubles somatoformes douloureux et mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle était raisonnablement exigible. Les experts du centre K._____ ont précisé que l'état de santé était resté stable depuis le 31 août 2005 et ont estimé qu'il y avait une pleine capacité de travail avec une baisse rendement de 30 % dans les anciennes activités qui restaient exigibles.

Dans leurs rapports des 2 février 2011, 22 mars 2011 et 25 mars 2011 (AI dossier 2 pce 79, 87.1 et 87.2), le Dr J._____, psychiatre du SMR, et le Dr N._____, neurologue du SMR, ont considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail de 30 % dès le 16 décembre 2010. Un examen en Espagne à cause de vertige le 18 janvier 2011 a révélé un bon état général ainsi qu'un examen neurologique et une auscultation cardiorespiratoire dans la norme (AI pces 81 et 82).

G.

Par projet de décision du 14 avril 2011 (AI dossier 2 pce 88), l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait supprimer la rente entière d'invalidité parce qu'il n'y avait plus qu'une incapacité de travail et de gain de 30 %. Les nouveaux documents produits par l'assurée (AI dossier 2 pces 90, 93, 94 et 95) ont été présentés au Dr J._____ qui, dans son rapport du 11 août 2011 (AI dossier 2 pce 98), a considéré qu'ils ne contenaient aucune nouvelle information.

H.

Par décision du 20 septembre 2011 (AI dossier 2 pce 101), l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité perçue par l'assurée à compter du 1^{er} novembre 2011.

I.

Contre cette décision, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral le 28 octobre 2011, concluant pour l'essentiel à l'annulation de celle-ci et au maintien de la rente entière également après le 31 octobre 2011 (TAF pce 1). Elle a joint à son recours différentes pièces médicales, notamment un certificat du Dr I._____ du 3 octobre 2011 et un rapport du Dr O._____ du 3 août 2009.

J.

Dans son rapport final du 1^{er} mars 2012, le Dr J._____ a considéré que

les nouveaux documents médicaux ne contenaient aucune nouvelle information qui n'aurait pas déjà été prise en considération par les experts du centre K._____, les indications au niveau psychiatrique correspondant tout à fait aux constats du Dr L._____ (AI dossier 2 pce 104). Dans sa réponse au recours du 7 mars 2012 (TAF pce 5), l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. La recourante n'a formulé aucune observation concernant la réponse de l'OAIE qui lui avait été transmise pour connaissance.

K.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de procédure de 400 francs le 10 mai 2012 (TAF pce 9).

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.

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).

3.

3.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

3.2 L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité

mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: 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 (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – 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 le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

3.3 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États 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 exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

3.4 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.

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 2008, sauf mention contraire. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} ré-

vision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). 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). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté 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 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

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 exigé 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. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, 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 impor-

tant (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 [éd.], *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).

8.

En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2003 au 31 octobre 2011 (AI dossier 1 et dossier 2 pce 101). 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 en septembre 2005 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 20 septembre 2011.

9.

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente entière versée depuis le 1^{er} septembre 2003 sur une amélioration de l'état de santé, la recourante

fait valoir qu'elle souffre depuis des années de fibromyalgie et que son état de santé n'a pas changé.

9.1 Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 mars 2004, le Dr P._____, mandaté par l'assurance d'indemnités journalières pour perte de gain, avait posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive et constaté, sur la base des résultats de l'analyse sanguine, que l'assurée ne suivait pas le traitement antidépresseur prescrit, alors qu'un tel traitement et une reprise du travail auraient pu éviter une chronicisation (AI dossier 1).

9.2 Dans son expertise du 20 décembre 2004, le Dr E._____ du service psycho-social F._____ avait diagnostiqué principalement un trouble somatoforme douloureux, évoluant de manière significative depuis le 17 septembre 2002, et accessoirement, un trouble anxieux dépressif, évoluant de manière significative depuis juillet 2002. Pour améliorer la capacité de travail, ce médecin avait conseillé un traitement antidépresseur afin d'essayer d'élever le seuil de tolérance à la douleur. Le Dr E._____ avait relevé la présence de ressources personnelles avec la recherche d'alternatives thérapeutiques auprès des médecines complémentaires et une attitude antalgique pouvant être qualifiée d'active par le biais de gymnastique quotidienne. Il avait également mentionné des conduites d'évitement de situations potentiellement à risque d'exacerber les douleurs avec une tendance au repli à domicile et une diminution du rayon d'action sociale. Le Dr E._____ avait estimé la capacité de travail nulle à l'époque de son expertise, le trouble anxieux dépressif modéré sous-jacent au trouble principal somatoforme douloureux impliquant une limitation de la capacité d'adaptation. Selon ce médecin, une activité professionnelle même statique ne permettrait guère d'améliorer la capacité fonctionnelle, tenant compte du caractère récurrent des douleurs même sans effort associé. Il a considéré que la symptomatologie psychiatrique à l'époque modérée à sous-jacente risquerait très vraisemblablement de s'aggraver en cas de confrontation au milieu professionnel même dans un cadre protégé (AI dossier 1).

9.3 Dans son rapport d'expertise du 20 janvier 2005, le Dr G._____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, avait mentionné les diagnostics suivants: syndrome lombo-spondylogène associé à de discrets troubles statiques et dégénératifs, arthralgie sous-astragalienne du pied gauche et trouble somatoforme douloureux persistant de l'hémicorps

gauche, et évalué la capacité de travail résiduelle à 50 % au plan rhumatologique.

9.4 Selon le rapport d'expertise du centre K._____ du 16 décembre 2010 (AI dossier 2 pce 74), l'assurée ne souffre pas d'une fibromyalgie, le nombre de critères remplis indiquant cette maladie n'étant pas assez important, mais présente un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les experts du centre K._____ posent un seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, à savoir une spondylodiscarthrose présente depuis 1986, les autres diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, à savoir syndrome douloureux somatoforme persistant dans le contexte d'un trouble anxieux et dépressif mixte et notamment hypertension artérielle traitée ainsi qu'obésité. Le Dr L._____ relève que l'assurée admet elle-même qu'elle n'a pas de médication psychotrope, qu'elle garde un réseau social consistant, de bonnes capacités relationnelles et une plasticité psychique indéniable, notamment elle module ses émotions au cours de l'entretien, la présentation n'a rien de figé ni de cristallisé. D'un point de vue strictement psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail, l'expertisée devrait être à même de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde du travail en plein. En ce qui concerne l'évolution, l'expert retient que le tableau clinique n'est guère différent de ce qui a été décrit dans les expertises des Drs P._____ et E._____ : la symptomatologie et le status psychiatriques restent quasiment identiques, il n'y a pas d'arguments médicaux pour affirmer que l'état de santé se soit manifestement amélioré ou péjoré, l'assurée considère quant à elle qu'il y a un léger mieux. Elle est entourée de sa famille, qu'elle rencontre fréquemment, elle a des activités sociales, des amis, elle ne se dit nullement isolée. Questionnée sur la symptomatologie psychiatrique, l'expertisée rapporte essentiellement la fatigue et la fatigabilité, elle dit porter du plaisir et de l'intérêt aux choses ordinaires de la vie. La recherche des symptômes anxieux n'est guère contributive: il n'y a pas d'arguments pour des attaques de panique, il n'y a pas d'évitement phobique, l'assurée ne rapporte pas d'irritabilité anormale. Le Dr L._____ ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique et renvoie à l'appréciation rhumatologique, la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une gravité, d'une acuité et d'une durée importantes ne pouvant être attestée. Il considère que l'effort de volonté de la part de l'assurée pour surmonter ses troubles somatoformes douloureux et mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle est raisonnablement exigible. La Dresse M._____, qui a procédé à l'expertise rhumatologique, note l'absence de maladie rhumatismale, de déformation et le maintien de la mobilité. L'absence de lésions significatives dans un délai

de 5 ans d'observation depuis l'octroi de la rente parle contre une affection incapacitante au plan strictement somatique. Cette experte ne constate pas de véritable amélioration somatique car les examens antérieurs à l'octroi de la rente et au moment de son octroi étaient également sans grande anomalie. Les plaintes de l'expertisée ne concordent toutefois pas avec les constatations objectives qui attestent d'un parfait état général, d'une mobilité conservée et d'une gestuelle harmonieuse sans limitation évidente qui reste constante en cours d'examen. La Dresse M. _____ retient une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 30 % dans les anciennes activités qui restent exigibles depuis 2005 avec un état stationnaire, en revanche elle s'écarte de la capacité de travail de 50 % retenue par le Dr G. _____ au plan rhumatologique car elle considère qu'il a tenu compte dans son évaluation d'une plus grande proportion de plaintes subjectives que d'atteintes objectives qui manquaient également à l'époque. L'âge, associé aux lésions de spondylarthrose et à la notion de douleurs, permet de retenir une baisse de rendement de l'ordre de 30 % dans les anciennes activités qui restent toutefois exigibles.

10.

10.1 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 49). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Un état dépressif majeur peut constituer une telle comorbidité (ATF 130 V 32 consid. 3.3.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé ré-

sultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 65), on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

10.2 Les experts considèrent en l'espèce que le retentissement de l'atteinte rhumatologique sur les activités professionnelles est modeste. Sur le plan psychiatrique, selon les constatations du Dr L._____, l'assurée a de bonnes relations, ce qui exclut une perte d'intégration sociale. Il faut relever que la recourante elle-même considère qu'il y a "un léger mieux" et que d'autre part aussi bien en 2004 qu'en 2010, les analyses sanguines ont révélé qu'elle ne suivait pas le traitement antidépresseur et anxiolytique prescrit. A cela s'ajoute que les experts ont révélé une discordance majeure entre les plaintes subjectives très importantes et les constatations cliniques et radiologiques. Le Tribunal considère dès lors que le syndrome douloureux somatoforme, dont la recourante souffre, ne présente plus un caractère invalidant. Il est encore à retenir que, dans le rapport médical de la Sécurité sociale espagnole du 27 juillet 2009 (AI dossier 2 pce 16), l'état mental et émotionnel était décrit comme normal et que la patiente n'était pas suivie par un psychiatre. Le Dr I._____ relève en effet avoir vu la patiente la première fois en juillet 2009 et, comme en mars 2010 (AI dossier 2 pce 51), il mentionne uniquement un trouble dépressif d'adaptation. Le Tribunal constate donc que l'état de santé s'est amélioré et que la recourante pourrait surmonter ses douleurs et travailler à temps complet dans son ancienne activité avec un rendement diminué de 30 %.

11.

11.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activi-

té qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité; art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI).

11.2 En l'espèce, l'office intimé n'a pas fait de comparaison des revenus, mais a retenu une incapacité de travail et donc de gain de 30 %. En effet, la recourante étant en mesure d'exercer son ancienne activité, il faut considérer que le pourcentage de la baisse de rendement lors d'un emploi à temps complet correspond à l'incapacité de gain. Le taux d'invalidité de la recourante doit donc être fixé à 30 %.

12.

12.1 Selon une jurisprudence constante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011), lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il n'est pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGa en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée – qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer

la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

12.2 Il sied encore de considérer que la recourante a atteint l'âge de 60 ans un mois après la suppression de la rente. Selon la jurisprudence, quand bien même en principe, il n'y a pas lieu d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références) et que les facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques ne constituent pas des circonstances supplémentaires susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références citées), il est admis, que lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite suisse (64 ans pour les femmes), il faut se demander, si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure de trouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 1034/3006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3, I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.4. avec références et I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3 et arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3050/2006 du 23 mars 2009 consid. 10.3.1 et C-1091/2007 du 24 novembre 2008 consid. 8.1).

12.3 Dans le cas concret, il faut prendre en compte que l'assurée, malgré son atteinte à la santé, peut encore exercer de nombreuses activités adaptées à temps complet, seul le rendement étant diminuée de 30 %, son poste de travail ne devant pas être adapté à son handicap. Le Tribu-

nal de céans considère donc que l'assurée peut mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi équilibré. Par ailleurs, l'offre de main d'œuvre pour des activités non physiques de manœuvre n'est en principe pas influencée de façon déterminante par l'âge des demandeurs d'emploi (arrêts du Tribunal fédéral I 39/04 du 20 juillet 2004 consid. 2.4, 9C_610/2007 du 23 octobre 2007 consid. 4.3). Dès lors, le Tribunal estime que la recourante reste capable de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle sur un marché équilibré.

13.

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision du 20 septembre 2011 doit être confirmée et le recours rejeté.

14.

14.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

14.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure d'un montant de 400 francs sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de 400 francs.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé AR)
- 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 :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

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

Expédition :