



Cour III
C-6262/2013

Arrêt du 13 janvier 2015

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Daniel Stufetti, 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 4 octobre 2013).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante portugaise, née le (...) 1963, a travaillé en Suisse en 1993, 1995 et 1996 et cotisé à l'AVS/AI suisse.

B.

Par décision du 6 décembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Vaud (OAI-VD) a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 1997 (AI pce 34). Lors d'une révision de rente en 2000, l'OAI-VD a confirmé par communication du 22 février 2001 (AI pce 33) le droit à une rente entière d'invalidité.

C.

Lors de deux révisions de rente, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), alors compétent suite au retour de l'assurée au Portugal, a confirmé le droit à une rente entière d'invalidité par communications des 16 janvier 2006 et 18 octobre 2010 (AI pces 52 et 86).

D.

Début 2012, l'OAIE a introduit une nouvelle procédure de révision de la rente d'invalidité. Les 17 et 18 décembre 2012, l'assurée s'est soumise à une expertise pluridisciplinaire auprès du B._____. Selon le rapport du 28 mars 2013 du B._____ (AI pce 114), sur le plan rhumatologique, l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié, il n'y a ni incapacité de travail ni diminution de rendement. Sur le plan psychique, l'assurée présente un syndrome douloureux somatoforme sans comorbidités psychiatriques. Les experts précisent que les critères de la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif ne sont pas remplis, qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale et qu'il n'y a donc pas d'incapacité de travail ou de diminution du rendement du point de vue psychique. Les experts du B._____ concluent à une capacité de travail complète puisque l'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle objective ni au plan physique ni au plan psychique.

E.

Par projet de décision du 22 mai 2013, l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait supprimer la rente entière d'invalidité parce que le syndrome douloureux somatoforme persistant ne constitue pas une atteinte à la santé ayant un caractère invalidant, aucun diagnostic de pathologie somatique ne peut être retenu, aucun diagnostic psychiatrique sévère, intense, marqué et durable ne peut être retenu et que l'assurée ne souffre pas d'un isolement avéré dans ses relations sociales que ce soit en famille ou avec ses amis (AI pce 128). Le 18 juillet 2013, l'assurée a produit divers rapports

de ses médecins traitants: un rapport psychiatrique du Dr C._____ du 28 juin 2013, un rapport rhumatologique de la Dresse D._____ du 1^{er} juillet 2013, un rapport du Dr E._____, médecin en chirurgie générale, du 6 juillet 2013 et un rapport orthopédique du Dr F._____ du 11 juillet 2013 (AI pces 136 à 140). Dans leurs prises de position des 2 août et 4 septembre 2013 (AI pces 142 et 143), les médecins de l'OAIE ont relevé que la Dresse D._____ confirmait les plaintes douloureuses diffuses sans déficit à l'examen, que le Dr F._____ reprenait les plaintes de l'assurée, que le Dr C._____ ne mentionnait pas de perte d'intérêt et de joie de vivre, critères nécessaires pour le diagnostic d'un épisode dépressif, et qu'il fallait donc se baser sur les conclusions de l'expertise du B._____.

F.

Par décision du 4 octobre 2013, l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2013 pour les raisons indiquées dans le projet de décision du 22 mai 2013 (AI pce 148).

G.

Le 4 novembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Elle a argué qu'elle avait été victime d'un accident de travail le 4 octobre 1996, qu'elle souffrait toujours de douleurs invalidantes, qu'elle était incapable d'exercer toute activité lucrative depuis cette date et qu'elle ne comprenait pas pourquoi l'assurance-invalidité revenait sur sa décision de lui octroyer une rente d'invalidité.

H.

Dans sa réponse au recours du 4 mars 2014 (TAF pce 6), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a argué que la rente entière d'invalidité accordée à l'assurée avait été exclusivement motivée par une atteinte sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique à l'exclusion de tout autre trouble organique, que l'assurée avait été informée le 15 mai 2012 du réexamen de sa rente, qu'elle n'avait ni atteint l'âge de 55 ans, ni touché la rente pendant 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen et que la rente devait donc être supprimée selon les dispositions de la révision 6a, puisque un effort de volonté de la part de l'assurée pour surmonter ses troubles somatoformes douloureux était exigible selon la jurisprudence.

I.

Par décision incidente du 10 mars 2014 (TAF pce 7), le Tribunal administratif fédéral a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour déposer 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 22 avril 2014 (TAF pce 9). Elle n'a pas produit de réplique.

J.

Par courrier du 6 juin 2014, la recourante s'est renseignée sur l'état de la procédure (TAF pce 10). Dans sa réponse du 18 juin 2014, le Tribunal administratif fédéral a indiqué que les causes étaient traitées en principe selon l'ordre chronologique de leur entrée (TAF pce 11). Par courrier du 19 octobre 2014, la recourante s'est à nouveau renseignée sur l'état de la procédure (TAF pce 12). Dans sa réponse du 28 octobre 2014, le Tribunal administratif fédéral a répété que les causes étaient traitées en principe selon l'ordre chronologique de leur entrée (TAF pce 13).

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), 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 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. Selon 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 et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), 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 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 pathogénèse 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 ne s'applique pas aux personnes 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 rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 1997 selon la décision du 6 décembre 1999 de l'OAI-VD.

Lors des révisions ultérieures de rente, l'OAI-VD et l'OAIE ont confirmé la rente entière d'invalidité par communications des 22 février 2001, 16 janvier 2006 et 18 octobre 2010 (AI pces 33, 52 et 86) sans examiner le cas de manière approfondie. Par contre, lors de la révision de 2012, l'OAIE a ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès du B._____. 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 6 décembre 1999 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 4 octobre 2013.

9.

9.1 Alors que l'OAIE base la suppression de la rente entière à partir du 1^{er} décembre 2013 sur la révision 6a de la LAI, la recourante argue que ses douleurs persistent et qu'elle présente toujours une incapacité totale de travail dans toute activité.

9.2 Le Tribunal de céans constate que la rente entière avait été accordée à partir du 1^{er} octobre 1997 en raison d'un trouble somatoforme douloureux et d'une fibromyalgie, donc de syndromes sans pathogenèse ni étiologies claires. 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 rente entière 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 Le Tribunal fait sienne l'évaluation de la capacité de travail des experts du B._____ attestant une pleine capacité de travail sans baisse de rendement et considère, sur la base de toutes les pièces médicales versées au dossier, que l'assurée ne présente toujours qu'un syndrome sans pathogenèse ni étiologies claires, que l'assurée ne présente aucune comorbidité psychiatrique, qu'on ne voit pas en quoi l'état de santé de l'assurée se serait objectivement détérioré et que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans toute activité si l'on fait abstraction du syndrome précité. Certes, la Dresse D._____ a mentionné un problème de tendinite de l'épaule dans son rapport rhumatologique du 1er juillet 2013, mais le Dr F._____ ne mentionne pas ce problème dans son rapport rédigé 10 jours plus tard, le 11 juillet 2013, alors qu'il reprend sinon toutes les plaintes de l'assurée. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un phénomène inflammatoire à l'épaule qui n'était que passager ou de peu d'importance et qui n'a donc pas d'influence sur la capacité de travail de l'assurée. Comme l'a relevé le

psychiatre de l'OAIE dans sa prise de position du 4 septembre 2013 (Al pce 143), on ne peut pas retenir le diagnostic d'épisode dépressif puisque le Dr C. _____ ne mentionne pas de perte d'intérêt et de joie de vivre, critères nécessaires pour un tel diagnostic. En conclusion, il faut se baser sur l'appréciation des Experts du B. _____, selon lesquels l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail sans baisse de rendement. C'est donc à raison que l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité par décision du 4 octobre 2013. Cette suppression peut prendre effet au 1^{er} décembre 2013, c'est-à-dire le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88^{bis} al.2 lit. a RAI).

10.

10.1 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 prélevé sur l'avance de frais du même montant déjà versée.

10.2 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 de CHF 400.- sont mis à la charge de la recourante et sont prélevés sur l'avance de même montant déjà fournie.

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 :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

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 :