



---

Cour III  
C-6819/2011

## Arrêt du 22 mai 2013

---

Composition

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

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Jacques Borowsky,  
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 14 novembre 2011).

**Faits :****A.**

A.\_\_\_\_\_, ressortissante portugaise, née le (...) 1967, a travaillé en Suisse de 1995 à 2000 et cotisé à l'assurance AVS/AI. Elle souffre de fibromyalgie et dépression depuis 1995.

**B.**

Suite à une première demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse du 9 décembre 1999 (AI pce 1), l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (OAI-GE) lui a octroyé, par décision du 24 juin 2003 (AI pce 30) une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, se basant sur l'expertise COMAI de mai et juin 2002 attestant une incapacité totale de travail due à un syndrome douloureux persistant de type fibromyalgie F45.4, un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique) F33.11 et un trouble panique F41.0 (AI pce 25).

**C.**

En 2004, l'assurée est retournée s'installer au Portugal, l'OAI-GE a donc transmis le dossier pour compétence à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

**D.**

Lors d'une première révision de la rente en 2006, l'OAIE a demandé une expertise pluridisciplinaire à la clinique B.\_\_\_\_\_. Sur la base du rapport d'expertise de la clinique B.\_\_\_\_\_ du 4 décembre 2006 attestant un épisode dépressif majeur chronique actuellement de degré moyen F32.1 et un trouble panique F41.0 avec une légère amélioration par rapport à la situation de 2002 (AI pce 51), l'OAIE a, par communication du 27 février 2007 (AI pce 56), confirmé la rente entière d'invalidité.

**E.**

Lors d'une deuxième révision de la rente en 2009, l'OAIE a mandaté la Sécurité sociale portugaise pour la mise en œuvre d'une expertise (AI pce 61). Le psychiatre portugais a posé dans son rapport du 7 mai 2009 le diagnostic de dysthymie F34.1 (AI pce 67). Comme le médecin de l'OAIE a considéré que l'état de santé s'était amélioré progressivement depuis 2002 et surtout depuis 2006 et que la capacité de travail était d'au moins 50 % (AI pce 70), l'OAIE a, par décision du 19 octobre 2009, supprimé la rente entière d'invalidité dont bénéficiait l'assurée et l'a remplacée par une demi-rente avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2009 (AI pce 80).

**F.**

Par arrêt du 23 juin 2010 (C-7364/2009), le Tribunal administratif fédéral a partiellement admis le recours interjeté contre la décision de réduction de rente du 19 octobre 2009 et renvoyé la cause à l'OAIE pour complément d'instruction et nouvelle décision, l'OAIE ayant lui-même demandé un complément d'instruction sur la base des recommandations de son service médical (AI pce 88).

**G.**

En réponse à la demande de l'assurée du 25 juin 2010 (AI pce 90), l'OAIE lui a indiqué que l'effet suspensif avait été retiré par la décision du 19 octobre 2009, qu'il n'était pas possible de reprendre le versement de la rente entière pendant le complément d'instruction, mais que toutes les prestations dues seraient versées rétroactivement en cas de décision favorable (AI pce 91).

**H.**

Les 10 et 11 février 2011, le centre C.\_\_\_\_\_ a procédé à une expertise pluridisciplinaire de l'assurée. Selon le rapport d'expertise du 27 mai 2011, l'assurée ne présentait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, le trouble somatoforme diagnostiqué n'étant pas associé à une comorbidité psychique grave. Sur le plan somatique, la situation était comparable à celle de l'expertise de 2006, il n'y avait donc pas d'incapacité de travail à retenir; sur le plan psychique, la situation s'était améliorée depuis 2006 et surtout depuis mai 2009, il n'y avait donc plus d'incapacité de travail à retenir, ni de limitations, ni de diminution de rendement (AI pce 108).

**I.**

Dans sa prise de position du 11 juillet 2011 (AI pce 113), la Dresse D.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès le 7 mai 2009 (date de l'examen du Dr E.\_\_\_\_\_) en précisant que l'état de santé était stabilisé. Par projet de décision du 21 juillet 2011 (AI pce 114), l'OAIE a informé l'assurée qu'il entendait supprimer le droit à la rente d'invalidité parce qu'il n'existait plus d'atteinte à la santé invalidante, l'incapacité de travail et de gain étant de 0 %.

**J.**

Dans son courrier du 3 août 2011 (AI pce 121), l'assurée a argué que son état de santé s'était péjoré et qu'elle ne pouvait plus exercer une profession, compte tenu des ses multiples pathologies (entre autres fibromyal-

gie). Elle a joint à son courrier une attestation médicale du 27 octobre 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_ et un rapport du 10 novembre 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_. Le 19 septembre 2011, l'OAIE a fait parvenir le dossier au représentant de l'assurée (AI pce 123). Le 21 septembre 2011, la Dresse D.\_\_\_\_\_ de l'OAIE a constaté qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux sur le plan somatique et a demandé d'adresser le dossier au SMR pour avis psychiatrique (AI pce 124). Dans sa prise de position du 31 octobre 2011, la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre du SMR, a constaté que les deux nouveaux certificats médicaux produits par l'assurée étaient antérieurs à l'expertise du centre C.\_\_\_\_\_, qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de cette expertise et qu'il fallait retenir une pleine capacité de travail (AI pce 127).

#### **K.**

Par décision du 14 novembre 2011, l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 pour les motifs indiqués dans le projet de décision du 21 juillet 2011. Il a précisé que les deux nouveaux certificats médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux (AI pce 129).

#### **L.**

Contre cette décision, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral le 16 décembre 2011, concluant pour l'essentiel à l'annulation de celle-ci et au maintien de la rente entière d'invalidité également après le 31 décembre 2011 ainsi qu'accessoirement à l'octroi de l'assistance judiciaire et à la restitution de l'effet suspensif (TAF pce 1). L'assurée a produit différents documents médicaux, notamment un rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2001, un rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2011, une attestation du Dr K.\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2011 et un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2011.

#### **M.**

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical. Le 17 avril 2012, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a mentionné que les rapports médicaux joints au recours n'amenaient pas d'élément médical supplémentaire ou qui n'avait pas été pris en compte sur le plan somatique. Elle a proposé de demander encore un avis psychiatrique spécialisé (AI pce 136). Dans sa prise de position du 25 juin 2012, la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre de l'OAIE, a indiqué que le rapport psychiatrique du Dr F.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2011 n'apportait pas de nouveaux éléments psychiatriques de nature à remettre en question les constatations objectives du Dr L.\_\_\_\_\_ du centre C.\_\_\_\_\_ et constaté que le Dr L.\_\_\_\_\_ et le Dr M.\_\_\_\_\_ avaient retenu le même diagnostic de dysthymie F34.1 en 2009 et 2011, ce qui

constituait une amélioration de l'état psychiatrique, étant donné la pathologie initiale de trouble dépressif récurrent (AI pce 138). Dans sa réponse au recours du 28 juin 2012, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 7).

#### **N.**

Dans sa réplique du 5 octobre 2012 (TAF pce 11), l'assurée a réitéré les conclusions de son recours et produit un certificat médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 27 août 2012 (TAF pce 11).

#### **O.**

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical. Dans son avis du 26 novembre 2012, la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre de l'OAIE, a retenu que le Dr F.\_\_\_\_\_ reprenait essentiellement les points déjà évoqués dans son rapport du 19 octobre 2011 et n'apportait pas d'éléments médicaux supplémentaires (AI pce 140).

Dans sa duplique du 28 novembre 2012, l'OAIE a réitéré ses conclusions en renvoyant à l'avis de son service médical (TAF pce 13). L'assurée n'a formulé aucune remarque concernant la duplique dans le délai imparti (TAF pce 15).

#### **P.**

Par ordonnance du 21 décembre 2012, le Tribunal fédéral administratif a fixé un délai au 4 février 2013 à l'assurée pour renvoyer le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" en y joignant les moyens de preuve (TAF pce 16). Dans le délai imparti, l'assurée a retourné le formulaire dûment rempli et produit les moyens de preuve (TAF pce 17).

### **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<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> 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).

## **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 requérante 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 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 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 Rè-

gements (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<sup>er</sup> janvier 2008, sauf mention contraire. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). En ce qui concerne les faits déterminant 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 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 Rentenrevison 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 Invalidenrentenrevisonen, 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 exa-

miner 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 dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000 (AI pce 30). 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 27 février 2007, date de la communication confirmant la rente après la première révision, l'OAIE ayant procédé à un examen matériel complet du droit à la rente puisque la recourante a été soumise à une expertise pluridisciplinaire, et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 14 novembre 2011.

## **9.**

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente entière versée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000 sur une amélioration de l'état de santé selon le rapport d'expertise du centre C.\_\_\_\_\_ du 27 mai 2011 (AI pce 108), la recourante argue que selon ses médecins traitants (Dr I.\_\_\_\_\_, Dresse J.\_\_\_\_\_, Dr K.\_\_\_\_\_ et Dr F.\_\_\_\_\_) son état de santé ne s'est pas amélioré, et produit différents certificats médicaux qui attestent que la recourante présente une incapacité de travail totale principalement en raison d'une fibromyalgie.

**9.1** Selon l'expertise effectuée en novembre 2006 auprès de la clinique B.\_\_\_\_\_, au plan strictement somatique, la patiente présentait un tableau d'un syndrome douloureux ne comportant que des aspects subjectifs qui ne permettait pas de fonder une incapacité de travail liée à une hypothétique atteinte anatomique. Sur le plan psychique, l'expert considérait qu'il existait encore des éléments dépressifs suffisants pour retenir le diagnostic de trouble dépressif majeur, au moment de l'expertise de degré moyen. Du point de vue diagnostique, les plaintes douloureuses étaient ici à inclure dans le trouble dépressif et ne justifiaient plus un diagnostic séparé de syndrome douloureux somatoforme persistant. Concernant l'évolution, l'expertise de 2006 retenait une légère amélioration, la capacité de travail restait cependant très faible, notamment en raison d'une fatigabilité importante et d'une diminution de l'aptitude à se concentrer, mais elle n'était pas nulle (de l'ordre de 20 % dans une activité professionnelle) et les ressources psychiques adaptatives ne paraissaient pas définitivement dépassées (AI pce 51 p. 10 et 11).

Lors de l'expertise pluridisciplinaire effectuée les 10 et 11 février 2011 auprès du centre C.\_\_\_\_\_, il en résulte sur le plan de la médecine interne un bon état général discordant par rapport aux plaintes émises, l'examen clinique est rassurant avec la présence d'un petit goitre sans signe clinique de dysfonction thyroïdienne, les examens cardiovasculaire et pulmonaire sont dans la norme, l'examen neurologique ne reconnaît aucun signe d'atteinte centrale ou périphérique. Le bilan somatique ne permet pas de retenir de substrat organique aux plaintes de l'assurée. Sur le plan rhumatologique, le tableau de fibromyalgie ne permet pas de retenir une incapacité de travail, ni aucune limitation, ni diminution de rendement. Enfin, du point de vue psychique, la patiente montre une image dramatisée, mais elle garde une capacité de plaisir, de décision, de rigueur (perte de poids), une vie sociale est présente. Ceci relativise beaucoup le diagnostic de dépression, notamment de son intensité, le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr E.\_\_\_\_\_ reste donc pertinent. Le trouble somatoforme déjà diagnostiqué n'est pas associé à une comorbidité psychique grave. Il n'y a pas d'état psychique cristallisé. La vie sociale est présente au quotidien. Les experts concluent donc que, sur le plan somatique, la situation est comparable à 2006, sur le plan psychique, la situation s'est améliorée et on peut estimer que l'amélioration est manifeste depuis mai 2009 lors du diagnostic de dysthymie posé par le Dr E.\_\_\_\_\_. Il n'y a donc pas d'incapacité de travail à retenir, ni de limitations, ni de diminution de rendement.

**9.2** Dans sa prise de position du 11 juillet 2011 (AI pce 113), la Dresse D.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, reprend les conclusions de l'expertise CEMED et relève qu'il n'y a plus aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et que les autres diagnostics (entre autres la dysthymie présente depuis 2009 au moins) n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. Elle retient une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès le 7 mai 2009 (date de l'examen du Dr E.\_\_\_\_\_) en précisant que l'état de santé a évolué progressivement favorablement sur le plan psychiatrique puisque l'état dépressif récurrent selon l'expertise de 2002 et l'épisode dépressif majeur chronique de l'expertise 2006 ne sont plus retrouvés en 2009 et tel est resté le cas à ce jour comme objectivé lors de l'expertise du centre C.\_\_\_\_\_ de 2011.

**9.3** S'exprimant sur les rapports des médecins traitants, la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre de l'OAIE, constate que le Dr L.\_\_\_\_\_ et le Dr M.\_\_\_\_\_ ont retenu le même diagnostic de dysthymie F34.1 en 2009 et 2011, ce qui constitue une amélioration de l'état psychiatrique, étant donné la pathologie initiale de trouble dépressif récurrent. Dans ses trois pri-

ses de positions (Al pces 127, 138 et 140), la Dresse H.\_\_\_\_\_ confirme que les rapports des médecins traitants n'apportent pas d'élément nouveau et que l'état de santé de la recourante s'est nettement amélioré.

**9.4** Le Tribunal de céans considère dès lors que la recourante ne souffre plus d'un trouble dépressif récurrent, mais seulement d'une dysthymie, que son état de santé s'est amélioré progressivement surtout depuis 2006 et qu'il est resté stable depuis mai 2009. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la dysthymie peut provoquer une baisse de régime, mais ne présente pas de caractère invalidant durable au sens de l'assurance-invalidité (ATF du 4 novembre 2008 8C\_481/2008 consid. 3.2). En raison de la nouvelle situation médicale, l'assurée présente donc au moins depuis mai 2009, selon les avis concordants des médecins de la Sécurité sociale portugaise et du centre C.\_\_\_\_\_, une capacité totale de travail, la dysthymie diagnostiquée n'affectant pas cette capacité.

**9.5** L'OAIE a donc supprimé la rente entière d'invalidité à juste titre dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 conformément aux art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 lett. a RAI (cf. consid. 7.2).

## **10.**

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision du 14 novembre 2011 doit être confirmée et le recours rejeté. La requête de restitution de l'effet suspensif devient dès lors sans objet.

## **11.**

**11.1** D'après l'art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause ne paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite. Elle a droit à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Cette garantie s'étend à toutes les procédures, y compris non judiciaires, dans tous les domaines du droit (ATF 132 I 201 consid. 8.2 et les références). Ainsi, les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe réalisées si les conclusions présentées par le requérant ne paraissent pas vouées à l'échec, si le requérant est dans le besoin et si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée (arrêt du Tribunal fédéral I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.2 et les références, ATF 125 V 201 consid. 4a).

**11.2** Le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des conditions semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.2 et I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.2 et les références). A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure. Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est pas nécessaire. En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé. Sinon, une telle nécessité n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (arrêt du Tribunal fédéral I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3, ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références). Dans le contentieux des assurances sociales, l'administration bénéficie, par définition, d'une position plus forte que celle de l'assuré, ce qui relativise le principe de l'égalité des armes. Dans ce domaine, le Tribunal admet en général que l'assuré n'est en mesure de se défendre efficacement qu'avec l'aide d'un avocat (arrêt du Tribunal fédéral du 19 avril 2010 9C\_148/2010).

Au vu de ce qui précède, il y a donc lieu de considérer que les particularités du cas présent réclament l'assistance d'un avocat, d'autant que l'enjeu de la procédure est important pour la recourante, qu'elle ne possède aucune connaissance juridique et que, résidant au Portugal, elle n'avait pas la possibilité de bénéficier de l'aide de spécialistes à même de la renseigner sur la manière correcte de procéder. Il convient par conséquent d'examiner encore si cette dernière se trouve dans le besoin.

**11.3** Une partie est dans le besoin lorsqu'elle n'est pas en état de supporter les frais de la procédure sans entamer les moyens nécessaires à son

entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 consid. 2.5.1 et la référence). Pour déterminer l'indigence, il y a lieu de tenir compte de la situation financière du requérant dans son ensemble, soit d'une part de ses charges et, d'autre part, de ses ressources effectives ainsi que de sa fortune, mobilière et immobilière, pour autant que celle-ci soit disponible (ATF 124 I 1 consid. 2a, ATF 124 I 97 consid. 3b). L'Etat ne peut toutefois exiger que le requérant utilise ses économies si elles constituent sa "réserve de secours". Cette dernière s'apprécie en fonction des besoins futurs de l'indigent selon les circonstances concrètes de l'espèce, telles que l'état de santé et l'âge du requérant, et son montant se situe, pour une personne seule, dans une fourchette de Fr. 20'000 à Fr. 40'000 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_147/2011 du 20 juin 2011, 1P.450/2004 du 28 septembre 2004 consid. 2.2, 4P.158/2002 du 16 août 2002 consid. 2.2).

**11.4** Au vu du formulaire et des moyens de preuve produits le 25 janvier 2013, il s'avère que la recourante et son mari ne disposent d'aucun revenu. Certes, le couple est propriétaire d'une maison, mais sa valeur ne s'élève selon les indications de la recourante qu'à EUR 17'680.-. Considérant les revenus du ménage insuffisants à couvrir les charges actuelles, on ne saurait exiger de l'intéressée qu'elle entame sa fortune immobilière par un prêt dont elle ne pourrait supporter les intérêts. Dans ces circonstances, on doit admettre l'état d'indigence allégué et considérer que les conditions à l'octroi de l'assistance gratuite d'un avocat pour la procédure devant le Tribunal de céans sont remplies en l'espèce.

**11.5** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assistance judiciaire, lorsqu'elle est accordée, déploie en principe ses effets à partir de la présentation de la requête (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_923/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.1.3), soit en l'occurrence dès le 6 décembre 2011. Il se justifie d'allouer une indemnité totale de dépens de 2'500.- francs à charge de la caisse du Tribunal de céans.

**11.6** Comme la recourante bénéficie de l'assistance judiciaire gratuite, il n'est pas perçu de frais de procédure.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

L'assistance judiciaire est accordée à la recourante.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**4.**

Me Jacques Borowsky est désigné en tant qu'avocat d'office de la recourante et une indemnité de 2'500.- francs, supportés provisoirement par la caisse du Tribunal, lui est allouée à titre d'honoraires.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

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 :