

BVGer C-186/2015 vom 24. August 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-186_2015

FR: TAF C-186/2015 du 24 août 2017

IT: TAF C-186/2015 del 24 agosto 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Complexe "atteinte à la santé"

E. 1.1.1

Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

E. 1.1.2

Succès du traitement ou résistance à cet égard

E. 1.1.3

Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

E. 1.1.4

Comorbidités

E. 1.2

Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

E. 1.3

Complexe "contexte social". 2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

E. 1.4

Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPG et 52 PA), et l'avance de frais de procédure payée dans le délai imparti (cf. art. 63 al. 4 PA), le recours est formellement recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

E. 2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par la recourante (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise par l'autorité intimée (Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Vol. II, Les actes administratifs, 3e édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, 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, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem

Bundesverwaltungsgericht, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 2.1

Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

E. 2.2

Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

E. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont de règle générale déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1 et 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'occurrence, la rente d'invalidité ayant été supprimée avec la décision du 17 novembre 2014, le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là est applicable, dont notamment les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en force depuis le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante espagnole a été assurée en Suisse de nombreuses années (cf. document interne du 14 décembre 2001 contenant les extraits des comptes individuels de l'assurée [AI pce 7] et la décision du 11 mars 2002 [AI pce 11]) et vit de nouveau dans son pays d'origine. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa), ainsi que les règlements auxquels il renvoie (cf. art. 1er al. 1 annexe II et art. 1 de la section A de l'annexe II ALCP, faisant en vertu de l'art. 15 ALCP partie intégrante de celui-ci). Jusqu'au 31 mars 2012, les Parties contractantes appliquaient entre elles 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). Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée avec effet au 1er avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1). Conformément à la jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine ainsi selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1er avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445 également déterminantes en ce qui concerne l'entrée en vigueur des règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 : ATF 138 V 533 consid. 2.2; 139 V 88 consid. 4; 140 V 98 consid. 5.2). Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit

suisse (cf. art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004 qui est similaire à l'art. 3 al. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 4.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 4.2

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide ; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité.

E. 4.3

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

E. 5.1

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2, 131 V 49 consid. 1.2, 130 V 396 consid. 6.3; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

E. 5.2

Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Les experts doivent justifier le diagnostic de telle manière que l'administration puisse vérifier que les critères diagnostics ont été observés (ATF 142 V 106 consid. 3.3; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_634/2015, 9C_665/2015 du 15 mars 2016 consid. 6.1). En particulier l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Le diagnostic de syndrome douloureux persistant suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les critères d'exclusion de ce diagnostic doivent en outre être pris en considération par les médecins (ATF 141 V 281 consid. 2). Ces principes sont aussi valables pour les pathologies similaires telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). La fibromyalgie présente par ailleurs de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4) ; les diagnostics de ces deux atteintes sont similaires (ATF 132 V 65 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5; cf. aussi Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12, selon lequel le diagnostic de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux dépend en large mesure du médecin qui le pose : un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux).

E. 5.3

La jurisprudence du Tribunal fédéral a posé depuis le 12 mars 2004 la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que d'autres affections psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on reconnaissait une invalidité à ce titre et qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie. L'assuré devait alors présenter une comorbidité psychiatrique importante ou remplir quatre autres critères définis, appelés critères de Foerster (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3).

E. 5.4

Le 3 juin 2015, durant la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral a modifié dans un arrêt de principe (ATF 141 V 281) sa pratique en profondeur. Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.5). Le Tribunal fédéral a admis qu'une telle conception fondée sur une règle/exception a entraîné un biais dans le sens que l'instruction avait systématiquement pour but de confirmer la règle selon laquelle il n'avait pas d'invalidité. Il a aussi considéré que cette présomption soutient à tort que la capacité à surmonter la douleur était indivisible et que seule une capacité ou une incapacité de travail totale pouvait en résulter (consid. 3.4.2.2 de l'arrêt) alors que la présomption jurisprudentielle n'est pas fondée scientifiquement (consid. 3.3.1 de l'arrêt ; Peter Henningsen, op. cit., p. 526; Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, Jusletter du 13 juillet 2015, ch. 13 p. 5), que l'assurance-invalidité prévoit un droit à des rentes échelonnées selon le degré d'invalidité (cf. Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, Jusletter du 29 juin

2015, ch. 28 p. 9) et que souvent une incapacité de travail partielle est justifiée d'un point de vue médical (Jörg Jeger, op. cit., ch. 17 pp. 5 s.). Le Tribunal fédéral a également renoncé à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant, celui-ci n'étant pas non plus prouvé scientifiquement (consid. 4.1.1, 4.3.1.1 et 4.3.1.3; Peter Henningsen, op. cit., p. 539). L'existence d'une comorbidité psychiatrique est désormais un indicateur parmi d'autres pour juger du caractère invalidant de la pathologie (cf. consid. 4.3.1.3).

E. 5.5

Le Tribunal fédéral a jugé que dorénavant, la capacité de travail exigible des assurés souffrant de trouble somatoformes douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable doit être évaluée sur la base d'une vision globale, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de la personne assurée d'autre part (ATF 141 V 281 consid 3.5 et 3.6; arrêts du Tribunal fédéral 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et références). Le Tribunal a décrit les catégories et indicateurs suivants : 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

E. 5.5.1

Le Tribunal fédéral a exposé qu'eu égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). De plus, la phase diagnostique, à la base de l'examen (consid. 2 et 6 de l'arrêt), devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose une certaine gravité de l'affection (consid. 2.1.1 et 4.3.1.1 de l'arrêt; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_344/2016 du 23 février 2017 consid. 5.2.1). Le Tribunal fédéral a encore précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (cf. catégorie 1 ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. catégorie 2 ci-dessus; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3; cf. aussi Jörg Jeger, op. cit., ch. 30 ss; Thomas Gächter/Michael E. Meier, op. cit., ch. 32 ss), le diagnostic de syndrome douloureux persistant supposant l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnel que privé ; ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

E. 5.6

Le Tribunal fédéral a expliqué que le résultat de l'examen doit être ouvert (consid. 3.6 de l'arrêt; cf. aussi Jörg Jeger, op. cit., ch. 35 et 45 pp. 8 et 9), qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs susmentionné n'a pas la fonction d'une simple check-list. Il a aussi souligné que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1).

E. 5.7

Le Tribunal fédéral a également précisé que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante des diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Il n'y a dès lors pas 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 des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1, 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49 consid. 1.2).

E. 5.8

La Haute Cour a souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA selon lequel il ne saurait avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (cf. consid. ci-dessus). De même, la nouvelle pratique n'influence pas sur la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont pas explicables d'un point de vue médical ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). Cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_492/2014 cité consid. 6 et 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.2).

E. 6

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

E. 7.1

En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA susmentionné, la let. a de l'alinéa 1 des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI (premier volet; cf. consid. 3.1 ci-dessus) a introduit le 1er janvier 2012 une procédure de révision particulière pour les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, ces rentes devront être 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 - parce que l'incapacité de gain est considérée comme surmontable (cf. consid. 4.1 ci-dessus) - la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies et que l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente.

E. 7.2

L'application des dispositions finales n'est pas limitée à quelques diagnostics spécifiques, tels le trouble somatoforme douloureux, la fibromyalgie ou le trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique etc. (pour d'autres exemples voir le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du

18 mars 2011, CDF, état au 1er janvier 2016, chiffre 1002 4/14, et la jurisprudence citée). Compte tenu de l'objectif poursuivi par la modification légale, la nature de la pathologie est déterminante - sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique - et non pas son diagnostic concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.2).

E. 7.3

Le Tribunal fédéral a précisé que la rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date de la révision de la rente (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2). Il arrive certes qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome non explicable, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2). Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes objectivables que non explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique les dispositions finales aux dernières ; la capacité de travail fondée sur un substrat organique ne peut être révisée qu'au sens de l'art. 17 LPG (cf. consid. 6 ci-dessus). Il faut encore que ces troubles de santé soient dissociables en fonction de leurs diagnostics et de leurs limitations fonctionnelles (ATF 140 V 197 consid. 6.3.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_413/2016 du 2 septembre 2016 consid. 4.2.1 s., 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.4.1 s.). Dans les situations où cette distinction n'est pas possible et où l'on ne peut pas déterminer sur quelle base la rente initiale a été allouée (situation mixte), il faut procéder de la manière suivante : lorsque les troubles organiques ou psychiques indépendants (au moment de l'octroi de la rente et/ou au moment du réexamen) ne font que renforcer les effets du syndrome sans pathogénèse claire, un réexamen intégral de la rente fondé sur la let. a al. 1 des dispositions finales est possible. Par contre, dans les cas où ces troubles ont contribué d'une manière indépendante à l'incapacité de travail qui a donné droit à une rente, l'administration ne peut pas procéder à un réexamen selon les dispositions finales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.6 s., confirmé par les arrêts 8C_413/2016 cité consid. 4.2.3, 9C_180/2015 du 18 février 2016 consid. 3 et 8C_697/2014 du 23 mars 2015 consid. 5.1 s.).

E. 7.4

Le Tribunal fédéral a également expliqué que la réduction ou la suppression de la rente selon la let. a al. 1 des dispositions finales n'est pas limitée aux rentes octroyées avant le 1er janvier 2008 lorsque l'art. 7 al. 2 LPG est entré en vigueur qui a ancré dans la loi l'exigence jurisprudentielle selon laquelle l'incapacité de gain doit être insurmontable afin de pouvoir donner droit à une rente (cf. consid. 4.1 ci-dessus). Par contre, si l'octroi de la rente tenait déjà compte de cette jurisprudence, introduite par le Tribunal fédéral le 12 mars 2004 (cf. consid. 5.3 ci-dessus), il n'est pas possible de réexaminer le droit à la rente au titre des dispositions finales (ATF 140 V 8 consid. 2, notamment 2.2.1.3).

E. 7.5

Au vu de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu des dispositions finales ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision. Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'année la rente a été

versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le "moment de l'ouverture de la procédure de révision", pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite. Il ne correspond pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entend supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2). Dans les cas où la révision a été introduite avant le 1er janvier 2012 (entrée en vigueur des dispositions finales), cette date-ci constitue le point d'attachement fictif (ATF 140 V 15 consid. 5.3.4, arrêt du Tribunal fédéral 8C_576/2014 cité consid. 4.3.2).

E. 7.6

Enfin, le Tribunal fédéral a considéré que la let. a al. 1 des dispositions finales est conforme à la Constitution fédérale (Cst., RS 101) et à la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH; ATF 139 V 547).

E. 8

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3, 119 V 475 consid. 1b/cc). En outre, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêts du Tribunal fédéral U 378/05 du 10 mai 2006 [SVR 2006 UV n° 17 p. 60] consid. 5.3 et I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). En vertu de la jurisprudence, le Tribunal peut confirmer par substitution de motifs une réduction ou suppression de rente prononcée après révision ou réexamen au sens des dispositions finales citées s'il constate que la décision précédente doit être reconsidérée (ATF 125 V 368 consid. 2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_427/2014 du 1er décembre 2014 consid. 2.2.1, 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2 et références; voir aussi Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3139 p. 850).

E. 9

Aux termes de l'art. 88bis al. 2 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) une diminution ou une suppression de la rente prend, de règle générale, effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

E. 10.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, en vertu de l'art. 69 al. 2 RAI, lorsque les conditions d'assurance sont remplies, l'Office AI réunit les autres pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour

apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). L'appréciation médicale constitue une base importante pour déterminer ensuite d'un point de vue juridique quelle activité professionnelle peut être exigée de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et références).

E. 10.2

Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

E. 10.3

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (à la place de plusieurs : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

E. 11.1

Le Tribunal, qui apprécie les preuves d'office et librement (cf. consid. 2 ci-dessus), 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 (ATF 125 V 251 consid. 3a). Son pouvoir d'examen est limité aux faits survenus jusqu'au moment où la décision contestée a été rendue conformément à la jurisprudence selon laquelle la date de la décision attaquée marque la limite du pouvoir d'examen du Tribunal (à titre d'exemple : ATF 129 V 1 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

E. 11.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

E. 11.2.1

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3,

122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

E. 11.2.2

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit cependant 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).

E. 11.2.3

Dans l'affaire 8C_773/2013 du 6 mars 2014, le Tribunal fédéral a souligné que dans le cadre d'un réexamen d'une rente d'invalidité au sens des dispositions finales de la 6ème révision AI le rôle de l'examen médical, exécuté consciencieusement par des spécialistes, est particulièrement important vu qu'il n'est pas toujours facile à déterminer si un trouble psychique présente ou ne présente pas une pathogenèse et étiologie claires. De plus, le résultat de l'examen peut conduire à la suppression éventuelle d'une rente octroyée depuis plusieurs années. Ainsi, les experts doivent dans ces cas soigneusement examiner et dûment motiver les raisons pour lesquelles ils ont retenu une atteinte dont l'origine est indéterminée. Ils doivent également toujours examiner si l'état de santé de la personne assurée s'est dégradé depuis l'octroi de la rente et si, à part les atteintes non objectivables, on peut poser un diagnostic clair à l'aide d'examens psychiatriques cliniques. L'examen médical est donc soumis à des exigences particulièrement élevées. De plus, il doit être récent et répondre aux questions déterminantes (consid. 4.3.1 et références citées dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.2 ss).

E. 11.2.4

Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence du 3 juin 2015 s'agissant des troubles somatoformes et des affections psychosomatiques similaires (ATF 141 V 281; cf. consid. 5.4 ss ci-dessus), le Tribunal fédéral a considéré que les expertises médicales effectuées selon les anciens standards jurisprudentiels ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).

E. 11.2.5

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins

non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 12

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité de la recourante suite au réexamen de sa rente au sens des dispositions finales de la 6ème révision AI citées (cf. décision attaquée [AI pce 232]). Cas échéant se pose la question si la suppression est justifiée pour d'autres motifs, soit la révision ou la reconsidération (cf. consid. 6 et 8 ci-dessus). A titre initial, le TAF remarque que c'est en vain que la recourante a soulevé dans un premier temps que son état de santé ne s'est pas amélioré. Selon les dispositions finales de la 6ème révision AI, les rentes octroyées peuvent être réduites ou supprimées dans les cas où l'incapacité de travail de la personne assurée est surmontable au sens de l'art. 7 LPGA, même en l'absence d'une modification de son état de santé ou de sa situation professionnelle (cf. 7.1 ci-dessus). En effet, les nouvelles dispositions finales visent expressément ces cas où il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé de la personne assurée.

E. 13

Premièrement, il sied d'examiner si l'OAIE a à juste titre appliqué la let. a des dispositions finales citées.

E. 13.1

Le TAF note que l'OAIE a initié le réexamen de la rente de la recourante en janvier 2013 (AI pce 111) et ainsi dans le délai de trois ans prescrit dans les dispositions finales (cf. consid. 7.1 ci-dessus).

E. 13.2

De plus, née le 10 novembre 1965, la recourante n'avait pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification légale le 1er janvier 2012. De surplus, en janvier 2013 (AI pce 111), lorsque la procédure de réexamen a été ouverte, cela faisait douze ans - et ainsi moins de quinze ans - que la rente était servie, dont le droit a débuté le 1er décembre 2000 (AI pce 11). Ainsi, l'affaire ne tombe pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales (cf. consid. 7.5 ci-dessus) de sorte que la recourante faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen.

E. 13.3.1

Lors de la décision initiale du 11 mars 2002, l'Office AI du canton de Zurich a alloué à l'assurée la demi-rente d'invalidité principalement pour un trouble somatoforme (F45.4) et secondairement pour un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.38). L'Office cantonal se fondait alors en particulier sur le rapport d'expertise du 22 septembre 2001 du Dr B. _____, médecin spécialisé en psychiatrie FMH (AI pce 13). Il appert de ce rapport que l'assurée qui avait dernièrement travaillé dans un atelier de reliure en équipe s'est retrouvée dans une incapacité de travail totale depuis 1999 en raison des douleurs à la nuque et aux épaules qui irradiaient dans la partie droite du corps, avec un sentiment de vertige, de

nausées et de envies de vomir, des douleurs aux yeux, des tremblements et des acouphènes principalement dans l'oreille droite (p. 2 du rapport). Le Dr B._____ a également noté que malgré des examens différents auprès de spécialistes divers, des atteintes organiques qui auraient pu expliquer les plaintes de l'assurée n'ont pas pu être déterminées (p. 3 du rapport). Vu la divergence entre les plaintes de l'assurée et les constatations médicales objectives, le Dr B._____ a alors diagnostiqué principalement un trouble somatoforme (F45.4) et secondairement un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.38). L'expert a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité légère, ayant considéré que celle-ci a toujours pu effectuer quelques tâches ménagères comme cuisiner et faire les lits (pp. 4 et 5). L'Office cantonal disposait également des rapports des 6 juin 1999, 3 avril 2000 et 6 juin 2001 du Dr R._____, spécialiste FMH pour maladies rhumatismales (TAF pce 31 annexes 1, 7 et 9) qui a diagnostiqué un syndrome douloureux tendomyotique généralisé et diffus, une possible fibromyalgie débutante et un syndrome cervical avec arthrose C1/C2. Ce médecin a spécifié que l'assurée ne peut plus soulever et porter des charges lourdes, effectuer des mouvements répétitifs des membres supérieurs ainsi que travailler au-dessus de la tête, ce qui la limitait dans son ancienne activité partiellement lourde à moins de 50% (TAF pce 31 annexe 4). Le Dr S._____ a posé comme diagnostic des brachialgies cervicales diffuses, des lombalgies diffuses et des douleurs diffuses aux deux coudes (rapport du 16 février 2001 [TAF pce 31 annexe 5]), respectivement des brachialgies cervicales chroniques diffus avec symptômes végétatifs associés (rapport du 21 mars 2000 [TAF pce 31 annexe 8a]). Le Dr T._____, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne, a décrit dans son rapport du 15 janvier 2001 l'évolution de la maladie de l'assurée depuis janvier 1998 ainsi que les examens et traitements effectués. Il a indiqué qu'une reprise de travail en novembre/décembre 1999 a dû être annulée en raison d'une exacerbation sévère. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 13 décembre 2000 (TAF pce 31 annexe 6).

E. 13.3.2

Ultérieurement ont été versés au dossier les rapports médicaux suivants : le rapport du 7 février 2003 du Dr T._____ qui a noté un état stationnaire ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis le 12 décembre 2000 en raison d'un syndrome cervico-céphalique et cervico-thoracique douloureux complexe avec symptômes végétatifs complexes et suspicion de fibromyalgie (TAF pce 31 annexe 3), le rapport du 14 mars 2003, signé des Dresses U._____ et V._____ qui ont fait état de la thérapie suivie par l'assurée entre le 24 janvier et le 26 juin 2002 en raison d'un trouble somatoforme douloureux qui ne justifiait pas, selon eux, d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique (TAF pce 31 annexe 2) et le rapport du 10 février 2004 du Dr W._____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie qui a retenu un syndrome panvertébrale avec composante dominante cervico-spondylogène, mauvaise posture de la colonne vertébrale et déconditionnement musculaire ainsi qu'une suspicion d'un syndrome fibromyalgique primaire et qui a estimé que d'un point de vue rhumatologique rien ne parle en faveur d'une augmentation du degré d'invalidité de 50% (TAF pce 31 annexe 1).

E. 13.3.3

Dans le cadre de deux révisions d'office de la rente, le maintien de la demi-rente a été confirmé les 3 juin 2008 et 4 août 2011 (AI pces 57 et 108), les médecins de l'OAIE ayant considéré sur la base d'une nouvelle documentation médicale produite qu'il n'y a pas eu de changement de situation (AI pces 56 et 107) et que plusieurs rapports médicaux confirment

le syndrome douloureux chronique (AI pce 56). Par décisions des 30 septembre 2009 et 16 février 2010, l'OAIE n'est pas entré en matière sur les demandes de révision déposées par l'assurée, celle-ci n'ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité (AI pces 71 et 79).

E. 13.3.4

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la demi-rente d'invalidité a été octroyée à la recourante pour un syndrome douloureux chronique, respectivement une fibromyalgie et ainsi pour un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique au sens des dispositions finales (cf. consid. 7.1 à 7.3 ci-dessus). En outre, le TAF note que l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée reposait en 2002 sur les considérations alors en vigueur et non pas sur les conditions jurisprudentielles déterminantes depuis 2004 (cf. consid. 5.3 et 7.4 ci-dessus). De plus, le maintien de la rente a été confirmé à plusieurs reprises. A ce sujet, il sied de rappeler que le Tribunal fédéral avait considéré que la jurisprudence établie en 2004 ne justifiait pas la diminution ou la suppression d'une rente en cours (ATF 135 V 201 consid. 6 et 7). Dès lors, l'une des autres conditions pour le réexamen de la rente de la recourante conformément aux dispositions finales citées (cf. consid. 7.3 ci-dessus) est également remplie. De surcroît, il n'y a pas de raisons de reconsidérer les décisions précédentes (cf. consid. 8).

E. 14

Il sied d'examiner si la recourante souffrait toujours au moment de la suppression de la rente, d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. consid. 7.1 à 7.3 ci-dessus) et si elle disposait d'une capacité à surmonter la douleur au sens de l'art. 7 al. 2 LPGA telle qu'invoquée par l'OAIE.

E. 14.1

L'OAIE a fondé sa décision de suppression de rente du 17 novembre 2014 sur les rapports d'expertise bi-disciplinaire du 14 avril 2014 du Dr M. _____, rhumatologue, et du Dr N. _____, psychiatre (AI pces 198 et 199). Les experts ont posé comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, sur le plan somatique, une panalgie fibromyalgique clairement prononcée sur le côté droit (depuis plusieurs années) avec des symptômes végétatifs importants et des sensibilités moindres au touché de la partie droite du corps, un syndrome douloureux panvertébral avec mauvaise posture et altérations dégénératives, des gonalgies bilatérales avec suspicion d'une chondropathie patellaire, une tarsalgie bilatérale avec altérations des pieds statiques, un possible kyste bulbaire arachnoïdal, stationnaire selon l'examen de décembre 2011 depuis mars 2006 sans substrat clinique et des hémangiomes du foie/dd (diagnostic différentiel) granulome (AI pce 199 pp. 16 s.) ainsi que sur le plan psychiatrique un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une dysthymie (F34.1 ; cf. AI pce 198 pp. 8 s.). Les experts attestent que l'assurée ne présente plus d'incapacité de travail au moins depuis son retour en Espagne (AI pces 198 et 199). L'expert rhumatologue a expliqué que l'assurée présentait sur le premier plan un syndrome douloureux généralisé chronique, clairement dominant au côté droit du corps, avec des symptômes végétatifs associés. Selon lui, une pathologie organique déterminante n'a pas pu être établie raison pour laquelle il suppose la présence de raisons psychosomatiques (AI pce 199 p. 21). Il a conclu que d'un point de vue organique-rhumatologique, l'assurée était capable de travailler (AI pce 199 p. 21). Sur le volet psychique, l'expert psychiatrique a conclu que la superposition psychosomatique des

troubles physiques de l'assurée s'inscrivaient dans le cadre d'un trouble douloureux somatoforme persistant. Une comorbidité psychique importante faisant défaut, il n'y a selon cet expert pas de limitation de la capacité de travail de l'assurée, au moins depuis son retour en Espagne (AI pce 199 pp. 21 s.). Dans ses motivations, l'expert a de plus discuté les quatre critères de Foerster selon la jurisprudence du Tribunal fédéral alors en vigueur (cf. consid. 5.3 ci-dessus) dont il a nié l'existence de trois critères mais a noté que le trouble douloureux est progressif et chronique (AI pce 198 p. 11).

E. 14.2

Les médecins de l'OAIE, le Dr K._____, médecin généraliste, ainsi que la Dresse O._____, FMH psychiatrie et psychothérapie, confirment les conclusions de l'expertise dans leurs prises de position des 31 mai et 29 juillet 2014 (AI pces 202 et 203). Dans sa prise de position du 9 novembre 2015, la Dresse O._____ confirme que les conséquences fonctionnelles des atteintes de l'assurée ne sont pas suffisantes pour être invalidantes aux termes des nouveaux indicateurs standards établis par le Tribunal fédéral (TAF pce 22 annexe).

E. 14.3

La recourante conteste les conclusions de l'expertise, prétendant d'une part que son état s'est péjoré et avançant qu'elle ne souffre pas uniquement de la fibromyalgie mais aussi d'autres problèmes de santé et que ses douleurs trouvent des explications objectives. Selon le rapport médical du 1er octobre 2014 du Dr Q._____ - la recourante n'a pas produit le rapport du 27 juillet 2015 (cf. TAF pce 30) - elle souffre d'une fibromyalgie et d'une fatigue chronique, d'un kyste arachnoïdal avec affection et symptomatologie persistante depuis 14 ans et vertiges, instabilités à la marche et acouphènes, d'un syndrome dépressif réactionnel à une incapacité fonctionnelle ainsi que d'une pluripathologie de la colonne dorsale et lombaire. Ce médecin remarque qu'il n'y a aucune amélioration de l'état de santé de sa patiente et conclut que les lésions de la colonne dorsale et lombaires ainsi que les affections au niveau bulbaire (le kyste arachnoïdal) expliquent entièrement la symptomatologie de fibromyalgie dont la patiente souffre ainsi que son évolution défavorable. Il estime alors que sa patiente présente une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle (AI pce 218).

E. 15.1

Premièrement, le TAF remarque que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis 2002 d'une façon significative, les experts relevant qu'elle présente toujours principalement un trouble douloureux somatoforme (AI pce 199 p. 21; cf. consid. 13.3.4) ou alors une fibromyalgie selon le rapport du Dr Q._____ que l'assurée invoque (AI pce 218; sur la similitude de ces diagnostics cf. consid. 5.2 ci-dessus). La recourante souffre donc bien d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique au sens des dispositions légales précitées, contrairement à ce que semble prétendre l'assurée, même si d'un point de vue purement médical, la dénomination « syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire » est inappropriée, voire fautive (cf. Peter Henningsen, op. cit., pp. 514 ss, en résumé, p. 521) et l'abréviation (justifiée) « sans constat de déficit organique » peut donner lieu à des mécompréhensions dans le sens qu'il est établi que même des douleurs ressenties d'une manière subjective trouvent leur corrélat organiques dans la modification des fonctions du système nerveux/cerveau (Peter Henningsen, op. cit., p. 517; cf. aussi l'article « Certaines personnes ont perdu la capacité à réprimer la douleur » publié dans le journal Le Temps le 5 juin 2017, consulté le 8 juin 2017 sur internet). C'est dès lors à juste titre que le

Dr K. _____ de l'OAIE rappelle que la fibromyalgie mentionnée par le Dr Q. _____ comme diagnostic principal ne peut pas être objectivée d'un point de vue organique. Selon le Dr K. _____, les altérations dégénératives légères de la colonne vertébrale (cf. aussi le résultat du 7 novembre 2012 de l'examen radiologique établi par la Dresse E. _____ [AI pce 131 p. 2]) ainsi que le kyste arachnoïdal qui est connu depuis des années ne peuvent pas expliquer les plaintes subjectives de l'assurée (prise de position du 14 mai 2015 [TAF pce 11 et annexe]). L'argument de l'assurée est ainsi infondé.

E. 15.2

Cela étant, au vu de la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 5.4 ss ci-dessus), le TAF ne peut pas confirmer l'estimation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée par les experts (AI pce 198 p. 11 et AI pce 199 pp. 21 s.), celle-ci se basant uniquement sur l'absence d'une comorbidité psychiatrique et sur les critères de Foerster. En outre, le rapport psychiatrique ayant été orienté par ces anciennes considérations - ce qui a conduit systématiquement à un « bias » (« confirmation bias » ; ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.2 ; voir sur la notion : Thomas Gächter/Michael E. Meier, op. cit., ch. 28 p. 9) - le TAF constate que les rapports d'expertises ne permettent pas en l'espèce une appréciation globale et ouverte du trouble de l'assurée au sens de la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 5.4 et 5.6 ci-dessus), impliquant une recherche des éléments qui sont tant en faveur de la valeur invalidante de l'atteinte observée qu'en sa défaveur ainsi que leurs pondérations consciencieuses (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.2).

E. 15.3

En effet, les rapports d'expertise sont lacunaires à plusieurs égards. Notamment, les rapports ne contiennent que peu de descriptions concrètes des activités (ménagères, sociales etc.) que l'assurée peut toujours exercer (ou ne peut plus exercer) malgré ses douleurs, vertiges et envies de vomir alors qu'en vertu de la nouvelle jurisprudence les répercussions fonctionnelles de l'affection doivent plus qu'avant être prises en considérations (cf. consid. 5.5 ci-dessus). Les experts ont alors à tort omis de décrire les travaux ménagers que l'assurée peut encore accomplir (et ne peut plus accomplir), « parfois mieux, parfois moins bien », et en quoi consiste le soutien de son mari « qui l'aide souvent », à part les courses que les époux font ensemble (p. 7 du rapport [AI pce 198 p. 7]). Une description des activités que l'assurée avait exécutées avant la survenance de ses atteintes fait totalement défaut alors que selon le Tribunal fédéral une comparaison des activités [sociaux] avant et après la survenance du trouble est conseillée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). En outre, s'agissant du diagnostic du trouble somatoforme lui-même (cf. 1ère catégorie, ch. 1.1.1; consid. 5.5 ci-dessus), les rapports ne se prononcent pas sur sa gravité, or cette atteinte peut présenter des degrés différents de gravité (cf. Peter Henningsen, op. cit. pp. 17 s.) - selon la nouvelle jurisprudence, un degré de gravité minimal est même inhérent au diagnostic (cf. consid. 5.2 et 5.5 ci-dessus) - et peut notamment causer des limitations fonctionnelles. De surcroît, le Tribunal remarque que les rapports ne comprennent pas d'éléments permettant de se prononcer sur le « complexe personnalité » de l'assurée dont il sied également de tenir compte afin de pouvoir évaluer le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle de l'assurée (1ère catégorie, ch. 1.2; cf. consid. 5.5 ci-dessus). Ce complexe englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle « fonctions complexes du moi » (cf. Renato Marelli, Nicht können oder nicht wollen ? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007, pp.

336 ss) qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2; Thomas Gächter/Michael E. Meier, op. cit., ch. 60 s. pp. 14 s.; cf. aussi Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, Annexe VI : Indicateurs standards en détail, p. 214). Dans ce contexte, à titre d'exemple, la dysthymie (AI pce 198 pp. 9 et 10) et les craintes hypochondriaques de l'assurée, observées par l'expert psychiatrique à plusieurs reprises (AI pce 198 pp. 5, 7 et 8), peuvent jouer une importance (cf. Thomas Gächter/Michael E. Meier, op. cit., ch. 56, p. 14).

E. 15.4

Compte tenu de ces lacunes, une appréciation convaincante du trouble somatoforme de l'assurée selon les nouveaux indicateurs déterminants n'est pas possible. La prise de position du 9 novembre 2015 de la Dresse O. _____ (TAF pce 22 annexe) ne peut pas combler ces carences, ce médecin n'ayant pas examiné elle-même l'assurée. Par ailleurs, le TAF remarque que la Dresse O. _____ ne soulève pour l'essentiel que les points permettant d'écarter une atteinte invalidante des affections de l'assurée (cf. TAF pce 22 annexe p. 1) sans tenir compte et sans discuter les autres éléments, tels à titre d'exemple : l'assurée a allégué ses douleurs et vertiges d'une façon claire et constante depuis le début de la maladie, l'assurée est compliant au traitement de Cymbalta (antidépresseur) et estime qu'elle ne souffre pas de problèmes psychiques justifiant un traitement psychothérapeutique (cf. le rapport du 14 mars 2003 [AI pce 31 annexe 2]), l'assurée a souvent besoin de l'aide de son époux, l'assurée ne prétend pas qu'elle souffre constamment et tous les jours de vertiges et nausées, le trouble douloureux est selon l'expert psychiatre progressif et chronique (AI pce 198 p. 11). La prise de position du médecin de l'OAIE ne s'inscrit donc pas dans une appréciation globale et ouverte de l'affection de l'assurée, exigée par la nouvelle jurisprudence (cf. ci-dessus).

E. 15.5

Par conséquent, le TAF ne saurait confirmer les conclusions de l'expertise et des médecins de l'OAIE qui se basent sur celle-ci.

E. 15.6

S'agissant de l'appréciation du Dr Q. _____, attestant à l'assurée une incapacité de travail dans toute activité (AI pce 218), le Tribunal ne saurait pas non plus la retenir, son rapport du 1er octobre 2014 ne remplissant pas les conditions jurisprudentielles particulières en matière de fibromyalgie et troubles similaires (cf. consid. 5.4 ss ci-dessus). Il en va de même du rapport succinct du 2 août 2013 de la Dresse I. _____ qui estime que l'assurée ne peut plus exercer une activité de travail quelconque (AI pce 124) ou du rapport médical E213 du 16 août 2013, établi par le Dr J. _____ qui au contraire a retenu que l'assurée peut exercer une activité adaptée à temps complet (AI pce 132).

E. 15.7

En conclusion il est douteux que les atteintes de l'assurée ont été correctement évaluées. Partant, la décision dont est recours doit être annulée.

E. 16.1

Selon les al. 2 de la let. a des dispositions finales précitées, l'assuré a droit, en cas de réduction ou de suppression de sa rente à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI. Aux termes de l'al. 3 des dispositions finales, durant la mise en oeuvre de mesures de réadaptation, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente. Le but de ces mesures de nouvelle réadaptation est de faciliter à la personne assurée le retour à la vie active (cf. Message du Conseil Fédéral du 24 février 2010 cité pp. 1736 s.). Le Tribunal fédéral a précisé qu'avec la réduction ou la suppression de la rente d'invalidité en vertu des dispositions finales naît, simultanément, le droit de l'assuré à des mesures de nouvelle réadaptation avec la poursuite accessoire du versement de la rente allouée jusqu'alors ; il ne devait pas avoir coupure entre la décision de suppression de rente et l'octroi de mesures de nouvelle réadaptation avec l'octroi parallèle de la rente (ATF 141 V 385 consid. 5; arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2015 du 27 avril 2015 consid. 4.1; arrêt du TAF C-2667/2014 du 12 mai 2017 consid. 14.4; cf. aussi ch. 1010 CDF).

E. 16.2

Dans l'arrêt 8C_773/2013 cité consid. 4.3.2, le Tribunal fédéral a relevé que même en présence des conditions d'application de la lettre a des dispositions finales, l'office AI n'a pas le droit de réduire ou de supprimer les rentes en cours sans un examen préalable d'une possible réinsertion dans le marché du travail et que la personne assurée ait été informée de mesures envisageables lors d'un entretien personnel (cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_64/2015 cité consid. 4.1 et 8C_583/2014 du 12 décembre 2012 consid. 4.2). Dans ce sens, le ch. 1004.2 CDF impose un entretien personnel avec la personne assurée au cours duquel seront discutées et planifiées des mesures.

E. 16.2.1

Selon la jurisprudence, il ne peut être renoncé valablement à un entretien personnel au sens du cf. ch. 1004.2 CDF que si dans la décision de suppression de rente il a été relevé que des mesures de nouvelle réadaptation seraient inutiles faute d'intérêt de la personne assurée auxdites mesures (cf. ATF 141 V 385 consid. 5.3).

E. 16.2.2

Des mesures de nouvelle réadaptation peuvent être octroyées dans tous les cas où elles sont utiles et pertinentes pour la réinsertion professionnelle de la personne assurée (ATF 141 V 385 consid. 5.3) et où celle-ci a démontré au cours de l'entretien personnel un minimum d'aptitude subjective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2014 du 5 septembre 2014 consid. 5.2). Les mesures de nouvelle réadaptation requièrent la collaboration de la personne assurée, et donc que celle-ci fasse preuve de motivation et d'une aptitude subjective, mais aussi de disponibilité et de flexibilité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_664/2013 du 25 mars 2014 consid. 3.4) ainsi que de la volonté d'atteindre les objectifs contraignants fixés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_583/2014 du 12 décembre 2014 consid. 5.2). En l'absence manifeste d'une telle aptitude à la réadaptation - qui doit aussi être objective (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 4.2 et références) - l'office AI n'est pas tenu d'accorder des mesures de réadaptation ni de continuer de verser la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2014 du 5 septembre 2014 consid. 5; ch. 1007 et 1007.1 CDF).

E. 16.2.3

Le Tribunal de céans a considéré que l'omission de l'autorité inférieure de procéder à l'entretien personnel conformément au ch. 1004.2 CDF doit être qualifiée de vice de

procédure qui ne peut être guéri au cours de la procédure de recours devant le tribunal (cf. arrêts du TAF C-2667/2014 consid. 14.2.2 et C-3475/2014 du 13 septembre 2016 consid. 10.4; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_558/2015 du 4 avril 2016 consid. 6.3).

E. 16.3

En l'occurrence, l'OAIE ne s'est pas prononcé sur le droit de la recourante à des mesures de nouvelle réadaptation dans la décision contestée (AI pce 232) et les conditions pour un élargissement de la présente procédure à cette question ne sont pas remplies en l'espèce même si l'OAIE a pris position sur ce point dans sa réponse du 10 juin 2015 (TAF pce 11). En effet, la question n'est pas prête pour jugement, la capacité résiduelle de travail de l'assurée n'est pas encore déterminée définitivement (cf. arrêt du TAF C-2667/2014 consid. 14.3; voir aussi : ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références; Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2ème édition 1983, p. 43 ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). A toutes fins utiles, le TAF tient cependant à remarquer que compte tenu de la jurisprudence citée (consid. 16.2 à 16.2.2), il n'aurait en l'état pas pu suivre l'argumentation de l'OAIE qui a soutenu dans sa réponse du 10 juin 2015 qu'à son sens les mesures de réadaptations ne sont pas indiquées ni nécessaires, la recourante qui ne présente pas d'incapacités de gain, étant en mesure de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail (TAF pce 11). Le motif invoqué, soit une capacité de travail entière, ne suffit pas à démontrer que les mesures ne sont pas utiles et pertinentes pour la réinsertion professionnelle de l'assurée alors que celle-ci avait touché, au moment de la suppression de la rente, une rente d'invalidité depuis 14 ans déjà et que l'expert psychiatre a remarqué que l'assurée présente un déconditionnement physique, qu'elle nécessite au début d'une reprise de travail des possibilités de repos et que tant le stress élevé que la pression doivent être évités (AI pce 198 p. 16). De plus, il ne ressort pas non plus du dossier que l'assurée s'est opposée à des mesures de réadaptation ; au contraire, elle conteste expressément que l'OAIE puisse faire l'économie d'un stage de réorientation professionnelle et/ou de réadaptation.

E. 17.1

En conclusion, la décision attaquée est annulée (cf. consid. 15.4 ci-dessus) et le recours admis partiellement. L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens de l'art. 61 al. 1 PA et nouvelle décision. En effet, bien que le renvoi soit exceptionnel et la procédure soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 Cst., le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2). Tel est le cas en l'occurrence, le dossier ne contenant pas une expertise médicale répondant aux exigences de la nouvelle jurisprudence. Concrètement, l'OAIE devra procéder à une nouvelle expertise médicale sur le plan rhumatologique et psychiatrique. Dans le cas où il sied de supprimer ou de réduire la rente de l'assurée, l'OAIE devra décider de l'octroi ou non de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI et procéder à un entretien personnel avec l'assurée. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

E. 17.2

Dans cette situation, la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire - telle que réclamée par la recourante - n'est pas indiquée.

E. 18

Il reste à déterminer la participation aux de frais de la présente procédure et l'allocation de dépens.

E. 18.1

En règle générale, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA) ; a contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit en principe pas ces frais (cf. aussi art. 63 al. 3 PA). Compte tenu de la jurisprudence selon laquelle un recourant est réputé avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 141 V 281 consid. 11.1, 132 V 215 consid. 6.2), il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure de la part de la recourante, de sorte que l'avance de frais de 400 francs versée (TAF pces 4 à 6) lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 18.2

L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le TAF fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF), en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Eu égard à ce qui précède, il se justifie d'allouer à la recourante représentée une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs à charge de l'OAIE. Il est rappelé que la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à une assurée résidant à l'étranger (cf. art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]; arrêts du TAF C_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]). Le dispositif se trouve à la page suivante.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.