

BVGer C-1949/2010 vom 16. März 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1949_2010

FR: TAF C-1949/2010 du 16 mars 2012

IT: TAF C-1949/2010 del 16 marzo 2012

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, 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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (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), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis 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 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. 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 (cf. 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).

E. 3.1

L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 3.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

E. 3.3

Il sied à ce propos de signaler que depuis le 1er mai 2010, les règlements 1408/71 et 574/72 sont remplacés dans les 27 Etats membres de l'UE par le Règlement (CEE) n°883/2004 du Parlement et du Conseil du 29 avril 2004 (JO L 200 du 7 juin 2004) et son Règlement d'application n° 987/2009 (JO L 284 du 30 octobre 2009). Toutefois ces nouveaux règlements ne sont pour l'instant pas encore applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE. Pour ce faire une actualisation de l'annexe II de l'ALCP est nécessaire (cf. circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

E. 3.4

Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Selon la jurisprudence, le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1). La décision entreprise ayant été rendue le 19 février 2010, le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction et des modifications de la LAI consécutives à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2008, de la 5e révision de cette loi (RO 2007 p. 5147). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 al. 1 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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. L'al. 2 a été introduit lors de la 5e révision. Cette disposition précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

E. 4.2

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. 1 LAI, al. 2 depuis le 1er janvier 2008). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%.

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; ATF

130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 5.2

L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (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 qu'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 en principe, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement.

E. 6.1

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. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, 133 V 108 consid. 5.4). Cet examen matériel du droit à la rente doit comprendre une clarification des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus qui soient conformes au droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2009 du 16 avril 2010 consid. 3). Lorsqu'une révision de rente se conclut sans aucune modification du droit à la rente et que l'office AI choisit la voie de la simple communication de ce résultat sur la base de l'art. 74ter let. f RAI, il faut se référer - pour la comparaison de la situation de fait lors de la révision suivante - à la situation à la base de cette communication. Lorsqu'une décision n'a pas été requise, une telle communication est à considérer comme une décision entrée en force pour ce qui est du moment de la comparaison (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1).

E. 6.2

Dans le cas concret, le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas clairement fixé par l'autorité. Toutefois, il n'est jamais fait mention de la situation telle qu'elle ressortait en 2004, au moment de la première révision de la rente, si bien que l'on peut en déduire que l'autorité se fonde sur la situation telle qu'elle existait au moment de la première décision en 1998. Il convient néanmoins de relever que la communication du 2 juin 2004, aux termes de laquelle la recourante continuait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité, repose sur une évaluation matérielle de sa situation qui comprenait, outre une expertise E213 et une appréciation d'une physiothérapeute, un prise de position de deux médecins orthopédistes et un certificat médical d'un psychiatre. Il s'en suit que la date de référence pour l'examen

d'une éventuelle modification du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA est celle du 2 juin 2004.

E. 7.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 7.2

L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2). 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 351 consid. 3a et les références).

E. 8.1

Pour comprendre les diagnostics posés au point de départ temporel déterminant pour la comparaison des faits, soit 2004 - il se justifie d'expliquer la situation médicale telle qu'elle se présentait en septembre 1998 au moment de l'octroi de la rente entière. Il subsistait à cette époque un doute quant au diagnostic. En effet, une IRM de l'épaule droite pratiquée en août 1998 a mis en évidence une éventuelle rupture du sous-scapulaire que ni les examens initiaux, ni les deux interventions chirurgicales du Dr G. _____ n'avaient relevée (pces SUVA 59, 60 et 70). De surcroît une scintigraphie effectuée également en août 1998 a montré une hyperactivité diffuse évocatrice d'une algoneurodystrophie (pces SUVA 57-58) laquelle avait été exclue en 1996 avant la première opération (pces SUVA 21 à 24). La mobilité passive du membre supérieur droit était qualifiée de bonne mais la patiente n'utilisait pas son membre qu'elle gardait collé au corps. Une dimension psychosomatique était déjà relevée par plusieurs médecins (cf. pces SUVA 27-29, pce 10). L'OCAI-VD a octroyé une rente entière sans requérir d'instruction complémentaire, en se référant simplement au rapport de sortie de la clinique de réadaptation où l'assurée avait séjourné en 1997 (cf. pce 13), soit avant la seconde opération de 1998, contrairement à l'assureur-accident qui a poursuivi ses investigations pour tenter de comprendre la disproportion entre les plaintes de la patiente et les observations cliniques. En conclusion de ce rapport, les Drs C. _____ et D. _____ estimaient la patiente totalement inapte au travail jusqu'à la prochaine visite de contrôle chez le médecin. La décision revêtait le code infirmité 938, correspondant à "autres altérations des os et des organes du mouvement (ligaments, muscles et tendons)" consécutives à un accident. Ainsi la décision de rente se fondait essentiellement sur des motifs d'ordre somatique, la surcharge psychique étant relevée sans qu'elle semble déterminante dans le prononcé de l'OCAI-VD.

E. 8.2

Dans la procédure de révision engagée en 1999 qui a mené à la communication du 2 juin 2004, date de départ déterminante en l'espèce pour la comparaison des faits, les documents médicaux versés en cause font état d'une situation qui n'a pas évolué bien que les diagnostics posés ne le soient pas dans les mêmes termes qu'en 1998, en dehors de l'algodystrophie (pce 51). L'immobilisation du membre supérieur droit est qualifiée de pseudo-parésie par le Dr N. _____ qui observe une composante psychique évidente (pce 50). Le psychiatre consulté se détermine en faveur d'un trouble somatoforme douloureux qui réduirait la capacité de travail de 25% (pce 52). Quant aux observations de la physiothérapeute, faute pour elle de posséder la qualification requise pour procéder à une évaluation médicale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_65/2010 consid. 3.1), il n'en sera pas tenu compte. Appréciant cette documentation, le Dr P. _____, médecin à l'OAIE, retient une algodystrophie et un trouble somatoforme douloureux persistant tout en concluant que l'état de santé est inchangé tant du point de vue somatique que psychique (pce 54).

E. 8.3

Dans la procédure de révision ayant donné lieu à la décision litigieuse, en dehors de l'expertise E213 qui décrit un état de santé aggravé et une incapacité de travail totale dans toute profession et du certificat du Dr N. _____ qui note aussi une aggravation et la non-exigibilité de l'exercice de l'ancienne profession de nettoyeuse, les documents médicaux provenant de l'Etat de résidence de la recourante ne se prononcent pas quant à la capacité de travail résiduel. Outre une monoparésie connue du bras droit, plusieurs médecins diagnostiquent en revanche une paraparésie (pces 66, 62, 67 et 69), ce qui

constitue une affection nouvelle, aucune atteinte aux membres inférieures n'ayant été relevée antérieurement. Quant à l'atteinte psychique, elle est mentionnée à plusieurs reprises (pces 65 et 69), bien que le psychiatre consulté ne diagnostique rien d'anormal (pce 68). L'expertise pluridisciplinaire du Y. _____ SA exigée en complément par l'OCAI-GE a été menée lege artis et en conformité avec la jurisprudence précitée, en tenant compte de l'anamnèse de la recourante, de ses habitudes, de ses plaintes subjectives et d'une observation clinique idoine. Si les troubles sensitivomoteurs du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs sont également observés par ces experts, ceux-ci n'en décèlent pas les fondements somatiques. Le psychiatre, tout en considérant qu'il y a amélioration ensuite d'une stabilisation au niveau familial depuis son retour au Portugal, retient, en se référant à une classification internationale, un trouble somatoforme douloureux persistant léger et une personnalité dépendante. Les trois experts concluent pour leur domaine de compétence à l'exigibilité d'une activité professionnelle à plein temps qui ne sollicite pas l'épaule droite de manière excessive.

E. 9.1

La Cour de céans ne peut pas confirmer une amélioration objective de l'état de santé de la recourante. A ce propos, le fait que le Dr V. _____, psychiatre au SMR, invalide de son propre chef le diagnostic posé par le psychiatre du COMAI, en ne retenant pas un trouble somatoforme douloureux persistant, n'y change rien. La recourante a toujours souffert d'atteintes à son membre supérieur droit sans constat clair de déficit organique. La dimension psychique de ses douleurs est relevée à maintes reprises dans son dossier médical. En 2004, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant était déjà formulé par un psychiatre, le Dr O. _____ et repris sans réserve par le Dr P. _____, médecin au SMR. L'incidence sur la capacité de travail en raison de ce syndrome n'était évaluée qu'à 25% par le Dr O. _____. L'autorité inférieure n'a pas estimé nécessaire de diligenter d'autres analyses à ce moment-là, faisant siennes les conclusions de son service médical. La rente avait été octroyée à l'origine pour des raisons mixtes mais essentiellement somatiques si l'on se réfère à la documentation sur laquelle s'est fondée l'autorité inférieure en 1998 ainsi que le code infirmité retenu. L'issue de la première procédure de révision en 2004, ne fait que confirmer cet état de fait puisque malgré une atteinte à la santé psychique diminuant de 25% la capacité de travail, le droit à une rente entière était conservé.

E. 9.2

Le Dr V. _____ critique les diagnostics psychiatriques retenus en 2009 par le Dr Ba. _____ dans l'expertise COMAI au motif qu'ils ne sont pas posés selon les critères de l'ouvrage de référence. En outre, le Dr V. _____ affirme que l'expert exclut également une comorbidité significative. Or, ce terme n'est jamais utilisé par le Dr Ba. _____ qui relève cependant à plusieurs reprises que la recourante ne présente pas de souffrance psychique majeure et que le trouble somatoforme douloureux n'est pas caractéristique et relativement léger. Dans ce contexte, il est utile de rappeler que la jurisprudence pose des exigences à la reconnaissance d'un caractère invalidant aux maladies présentant des tableaux clinique diffus sans déficit fonctionnel organique, comme les troubles somatoformes douloureux persistants (cf. notamment ATF 130 V 352). Le caractère non-exigible de la reprise de travail suppose, en principe, la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante (cf. également Jean Pirota, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance invalidité, Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 526). Cependant, le Tribunal fédéral a aussi

jugé, de manière constante, qu'il n'était pas possible de se fonder sur la jurisprudence publiée aux ATF 130 V 352 pour reconsidérer une décision prise avant cette date (ATF 135 V 215 consid. 5 et les références citées).

E. 9.3

Ainsi en l'espèce, soit la recourante souffre depuis toujours d'un syndrome somatoforme douloureux persistant et il n'y a pas lieu de lui appliquer les critères rigoureux développés aux ATF 130 V 352, soit elle est atteinte de troubles de la personnalité, telle qu'une fixation psychosomatique avec majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques et alors son état de santé est resté inchangé. Le Dr Ba._____ avance l'hypothèse que celui-ci se serait amélioré depuis le retour de la recourante au Portugal. Or en 2004, point de départ temporel pour la comparaison, la recourante vivait déjà dans son pays d'origine depuis 5 ans. De plus, le volet psychique ne semble avoir joué qu'un rôle accessoire dans l'octroi de la rente en 1998 et son maintien en 2004. Si bien que quand bien même, sur ce plan, l'état de santé se serait un peu amélioré, ce progrès ne saurait justifier la suppression de la rente entière.

E. 9.4

Il ressort du dossier un tableau chronique d'origine essentiellement douloureuse de l'épaule droite qu'aucune raison objectivable n'a jamais pu vraiment expliquer, ni en 1998, ni en 2004 et encore moins en 2009. De surcroît, viennent s'ajouter en 2009 à ce tableau clinique connu de longue date, des troubles sensitivomoteurs des membres inférieurs sans substrat somatique documenté mais observés par plusieurs médecins. Une telle situation n'ouvrirait sans doute plus un droit à une rente. Il n'empêche - étant entendu que le premier volet de la 6e révision de l'AI n'est pas applicable (cf. consid. 3.4) - qu'il ne suffit pas de poser un regard différent sur une situation similaire ou de varier les diagnostics sur un état de santé inchangé pour que l'art. 17 LPGA trouve application (cf. consid. 5.1). Par ailleurs, il convient de relever que l'autorité inférieure n'a pas non plus examiné la capacité de réadaptation de l'assurée. À cet égard, il convient de rappeler que selon la jurisprudence, une rente AI octroyée à un assuré âgé plus de 55 ans ou pendant plus de 15 ans ne saurait être réduite ou supprimée sans que la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical soit objectivement confirmée. Il est en particulier nécessaire d'examiner si la réintégration dans le marché du travail doit être précédée d'une mesure de réintégration et/ou de réadaptation, sauf s'il apparaît que la personne assurée serait capable de réintégrer le marché du travail par ses propres moyens (arrêts du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.2 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2., 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.2).

E. 10.1

Il s'en suit que l'autorité inférieure n'était pas en droit de procéder à la révision de sa décision du 2 juin 2004. Le recours doit donc être admis, la décision du 19 février 2010 est réformée dans le sens que le droit de la recourante à une rente entière est maintenu.

E. 10.2

Compte tenu de l'issue du litige, la requête de la recourante visant à la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise est sans objet.

E. 11.1

Vu l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de 400 francs déjà versée par la recourante lui sera restituée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

E. 11.2

Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison 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. En l'espèce, le travail accompli par la représentante de la recourante en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 12 pages accompagné d'un bordereau de copies de 32 pièces et d'une réplique de 3 pages. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer ex aequo et bono une indemnité à titre de dépens de 2'500 francs à charge de l'OAIE.

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