

# **BVGer C-630/2013 vom 14. Dezember 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-12-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-630\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-630_2013)

FR: TAF C-630/2013 du 14 décembre 2015

IT: TAF C-630/2013 del 14 dicembre 2015

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Conformément à l'art. 3 let. dbis de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), 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**

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

## **E. 2**

Au niveau du droit international, 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au Règlement (CE) no 987/2009 du Parlement

européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces Règlements sont donc applicables in casu (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012; 8C\_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) no 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) no 1408/71 - auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 - contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

### **E. 3**

Le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter - en règle générale - à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2, 130 V 445 consid. 1.2).

#### **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 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

#### **E. 4.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

#### **E. 5.1**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 137 V 20 consid. 2.2; 110 V 273 consid. 4).

#### **E. 5.2**

En particulier, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, l'administration et les tribunaux doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront 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 140 V 70 consid. 6.1, 137 V 64 consid. 2, 125 V 351 consid. 3a et les références). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références, 122 V 157 consid. 1d). Cette jurisprudence vaut également lorsque le service médical d'un assureur n'a pas examiné lui-même l'assuré mais s'est limité à rendre un rapport de synthèse des pièces déjà versées au dossier, pour autant que ces documents contiennent des informations utiles à la prise d'une décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale ou d'une appréciation de celle-ci (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_787/2012 du 20 décembre 2012 consid. 4.2.1; 9C\_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2). Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Par conséquent, une instruction complémentaire sera requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 5.3).

## **E. 6**

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. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (ATF 125 V 368 consid. 2).

## **E. 7**

Premièrement, il convient de définir le moment déterminant pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le cas d'espèce.

### **E. 7.1**

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 en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas

d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74ter RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré qu'au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits s'il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

## **E. 7.2**

En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er juin 1997 puis d'une demi-rente à partir du 1er avril 1998 par décision du 25 février 2000. Lors des révisions ultérieures de rente, l'OAIE a confirmé la demi-rente d'invalidité par communications des 22 septembre 2006 et 25 mars 2010 (pce AI 16). La question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification doit être jugée en l'espèce en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 25 mars 2010 - date de la dernière communication de confirmation de la demi-rente, se fondant sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3) - et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 3 janvier 2013, étant précisé que l'issue de la cause ne changerait pas même si l'on devait prendre comme référence la situation telle qu'elle se présentait au 25 février 2000 ou 22 septembre 2006, étant donné que depuis avril 1998 jusqu'à mars 2010, il n'y a pas eu de changement notable de manière à influencer le droit à la rente, les communications du 22 septembre 2006 et 25 mars 2010 ne faisant que confirmer la demi-rente octroyée.

## **E. 8.1**

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente entière à partir du 1er mars 2013 sur une amélioration de l'état de santé, la recourante fait valoir qu'en tout état de cause, son état de santé n'a pas changé de manière notable depuis 1999.

### **E. 8.1.1**

L'état de santé de la recourante au 25 mars 2010 se résume comme suit. Selon le rapport E 213 du 13 janvier 2010, elle souffre de fibromyalgie, de protrusion discale, de varices et d'une dépression (pce AI 12). Au dossier se trouvent aussi différents rapports médicaux de spécialistes, notamment en orthopédie et psychiatrie, et le bilan d'une imagerie par résonance magnétique du 10 novembre 2009 (pce AI 6 à 11). Ce dernier fait état de lombalgies chroniques avec irradiation dans les deux membres inférieurs, accentuées dans le territoire L5/S1 à droite, avec protrusion discale L4/L5, avec contact avec le sac dural, mais sans compression radiculaire. Le Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif en relation avec une polyarthralgie (cf. rapport du 4 janvier 2010 [pce AI 9]). Selon le rapport du psychologue M.\_\_\_\_\_, du 10 novembre 2009, la recourante souffre aussi de fibromyalgie (pce AI 10). Le Dr I.\_\_\_\_\_, orthopédiste, évoque entre autre, dans son analyse du 21 décembre 2009, des lombosciatalgies en territoire L5 et compromission discale L4/L5 (pce AI 11). Dans sa prise de position médicale du 20 mars 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu, sur la base de ces documents, un syndrome lombo-vertébral, une pseudosciatalgie gauche, une hyperlordose de la colonne vertébrale, une protrusion discale

L4/L5 non compressive, une gonarthrose ainsi que, sur le plan psychique, un trouble somatoforme douloureux, respectivement une fibromyalgie (pce AI 15 p. 1). Il a ainsi constaté une incapacité de travail inchangée par rapport à l'état de santé au 1er avril 1998 (pce AI 15 p. 2).

### **E. 8.1.2**

L'état de santé de la recourante au 3 janvier 2013 se résume comme suit.

#### **E. 8.1.2.1**

Du point de vue rhumatologique, il ressort de l'expertise interdisciplinaire du 2 juillet 2012 mandatée par l'OAIE un syndrome de douleurs lombo-sacrées chroniques, de multiples douleurs fonctionnelles sans explication somatique, une capsulite rétractile droite avortée; dans l'appréciation du rhumatologue figurent également une protrusion discale L4/5 non compressive et une spondylose L5. Selon le rhumatologue le Dr E. \_\_\_\_\_, ces atteintes sont sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Il a toutefois signalé que compte tenu de l'évolution de ces 20 dernières années, une amélioration n'est pas à prévoir (pce AI 36 p. 13 à 17). Du point de vue psychiatrique, le psychiatre le Dr F. \_\_\_\_\_ fait mention d'un trouble somatoforme douloureux et d'une dysthymie (pce AI 37 p. 6); il écarte la fibromyalgie en raison d'absence de douleurs lors de la palpation, ainsi que l'état dépressif en raison du faible suivi thérapeutique et traitement médicamenteux constaté (pces AI 37 p. 8 et 38 p. 1). Il a retenu une limitation de 15% dans la capacité de travail de l'assurée dans sa précédente activité ainsi que dans toute autre activité. La capacité de travail serait restée stable dans le temps (pce AI 37 p. 9 et 10).

#### **E. 8.1.2.2**

Dans sa prise de position du 24 juillet 2012, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, conclut à une amélioration de l'état de santé de la recourante - la lombosciatalgie ne se justifiant plus aujourd'hui et les critères d'une fibromyalgie n'étant pas remplis -, à une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle et une pleine capacité dans une activité de substitution (pce AI 41).

#### **E. 8.1.3**

Suite au projet de décision de l'OAIE du 13 août 2012, l'assurée a produit, le 14 novembre 2012, cinq certificats médicaux. Dans son attestation du 29 mars 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionne, suite à une vérification par résonance magnétique, une diminution de la hauteur et une protrusion du disque L4-L5 sans indication de compression radiculaire, mais avec micro-rupture de l'anneau fibreux (pce AI 51). Dans son rapport orthopédique du 23 avril 2012, le Dr I. \_\_\_\_\_, chef orthopédiste de l'hôpital universitaire de O. \_\_\_\_\_, se référant à une IRM lombaire du 29 mars 2012 et à une scintigraphie, conclut à des inflammations, principalement au niveau des deux articulations sacro-iliaques, à des altérations dégénératives L4-L5 et L5-S1 et une éventuelle micro-rupture de l'anneau fibreux. Il a relevé que les résultats susmentionnés observés au cours des examens justifient les plaintes présentées par la patiente, qui est traitée avec des AINS, du myorelaxant, de l'antivertigineux et porte une ceinture de contention lombaire (si nécessaire), soulageant partiellement les symptômes. Il a indiqué que la patiente a remarqué une aggravation des lombosciatalgies avec irradiation dans la partie gauche en L5. Il a estimé que, face à une situation clinique présentant une pathologie de la partie basse de la colonne lombaire avec altérations dégénératives, la compression discale L4/L5 est incontestable. Une solution chirurgicale consistant en une décompression et une stabilisation de la partie basse de la colonne

lombaire pourra être envisagée à l'avenir (pce AI 52). Dans son rapport psychiatrique du 28 août 2012, le Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne que l'assurée présente un état dépressif associé à des migraines et des polyarthralgies et retient que malgré les traitements, l'état anxio-dépressif et fibromyalgique de la patiente n'a connu aucune amélioration significative (pce AI 54). Dans son rapport neurologique du 10 septembre 2012, la Dresse K. \_\_\_\_\_ mentionne des céphalées mixtes réfractaires au traitement habituel, associées à un processus rhumatismal et fibromyalgique qui portent grandement atteinte à son activité quotidienne. Elle précise que l'examen neurologique n'a révélé aucune altération des nerfs crâniens (pce AI 53). Dans son certificat rhumatologique du 3 octobre 2012, la Dresse L. \_\_\_\_\_ mentionne les diagnostics suivants: fibromyalgie, syndrome dépressif, scoliose à convexité lombaire gauche et prolapsus discal L4-L5 sans hernies discales et sans compression médullaire. Elle précise que l'assurée constate une aggravation progressive des douleurs polyarticulaires et des myalgies diffuses dont elle se plaint depuis 20 ans (pce AI 55).

#### **E. 8.1.4**

Dans sa prise de position du 1er décembre 2012, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, considère qu'il ne lui est pas possible de contredire les conclusions de l'expertise interdisciplinaire des Dr. E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. Il renvoie à sa prise de position du 24 juillet 2012 (pce AI 59).

#### **E. 8.2**

Entre la situation au 25 mars 2010 et celle au 3 janvier 2013, le Tribunal de céans ne constate d'abord aucune modification significative de l'état de santé de la recourante.

##### **E. 8.2.1**

D'une part, il ne ressort nullement de l'expertise rhumatologique du Dr E. \_\_\_\_\_, ni des autres pièces médicales suisses et portugaises que la lombosciatalgie n'est plus attestée, contrairement à ce qu'affirme l'OAIE dans sa décision querellée sur la base des prises de position de son médecin, le Dr G. \_\_\_\_\_ (pces AI 59 et 41). Ce dernier ne s'appuie en effet sur aucune pièce médicale justifiant sa conclusion. Au contraire, malgré les différences de terminologies médicales, les douleurs lombaires sont observées tant dans l'expertise rhumatologique que dans les rapports médicaux portugais. Tout au plus peut-on relever que le Dr E. \_\_\_\_\_ a considéré que les atteintes somatiques à la santé précédemment diagnostiquées demeuraient désormais sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Toutefois, dans son rapport d'expertise rhumatologique, il n'est fait référence à aucune amélioration significative, ni de l'état de santé ni d'autre nature d'ailleurs, justifiant une nouvelle appréciation du point de vue de l'art. 17 LPGA. Au contraire, dans le même rapport d'expertise, il est précisé qu'après presque 20 ans, il ne faut pas s'attendre à une amélioration (pce AI 36 p. 16).

##### **E. 8.2.2**

Concernant les atteintes extra-somatiques de l'assurée, il n'a pas non plus été constaté de changement notable de la situation. Le Dr F. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail est restée stable dans le temps (pce AI 37 p. 10), et ne fait référence à aucune amélioration, respectivement modification significative de l'état de santé de la recourante. S'il est vrai que, dans l'expertise interdisciplinaire de 2012, le diagnostic de fibromyalgie a été écarté pour ne retenir que le trouble somatoforme douloureux (pce AI 38), on ne peut pas en l'espèce admettre une modification significative de l'état de fait. En effet, au cours de la procédure de révision qui avait amené à la décision du 25 mars 2010, seul un psychologue,

soit un non-spécialiste du domaine, a posé le diagnostic de fibromyalgie, de plus sans indiquer sur la base de quelles constatations objectives il retenait cette atteinte (pce AI 10). Le fait que le diagnostic soit reporté dans le rapport E 213 (pce AI 12), respectivement dans le rapport psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_ du 4 janvier 2010 (pce AI 9) n'apporte pas d'éclaircissements. Il n'existe aucune indication spécifique à ce sujet, concernant par exemple une éventuelle mise en oeuvre d'un examen rhumatologique topique, sachant pourtant que ces deux diagnostics - trouble somatoforme douloureux et fibromyalgie - sont parfois utilisés à tort pour indiquer une même maladie. Il n'est donc pas possible de déterminer, au vu des actes versés à la cause, sur la base de quelles vérifications les médecins portugais ont diagnostiqué, en 2010, tantôt le trouble somatoforme douloureux de concert avec la fibromyalgie, tantôt que l'une de ces maladies. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a par ailleurs retenu que, sur le plan psychiatrique, la situation n'a pas significativement changé (pce AI 41 p. 3). Quant à la dysthymie nouvellement diagnostiquée, celle-ci ne fait que classifier le trouble dépressif mentionné par les médecins portugais lors de la situation au 25 mars 2010 (pces AI 9 et 12) - et même avant, en 2006 et 1998 (cf. rapport E 213 du 16 mars 2006 et rapport du service psychiatrique pour adultes de P. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 1998) - sans toutefois que le diagnostic n'ait été formulé selon un indice de classification internationale des maladies psychiques.

### **E. 8.2.3**

Le Tribunal de céans peine par ailleurs à comprendre les différents taux d'incapacité retenus sur la base de la même expertise interdisciplinaire. En premier lieu, le rapport du 14 juin 2012, signé par les Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, fait état d'une incapacité de travail de 10% (pce AI 36 p. 1). Le 2 juillet 2012, les mêmes médecins retiennent ensuite le taux de 15% (pce AI 38), égal à celui inscrit dans l'expertise psychiatrique (pce AI 37 p. 9). Aucune explication n'apparaît quant à ce changement de taux. Finalement, dans sa prise de position médicale du 24 juillet 2012, le Dr G. \_\_\_\_\_ retient un taux d'incapacité de 20% et ce, sans aucune motivation satisfaisante, référé exclusivement à l'activité exercée précédemment (pce AI 41 p. 2), ceci en contradiction avec le résultat de l'expertise interdisciplinaire. Vu la confusion dans la détermination du taux d'incapacité, celle-ci ne peut être suivie, d'autant plus que le diagnostic est resté fondamentalement le même depuis l'octroi de la demi-rente.

### **E. 8.2.4**

La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b).

### **E. 8.2.5**

En l'espèce, il ne ressort pas des pièces du dossier qu'il ait eu un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, pouvant justifier une révision selon l'art. 17 LPGA. Notamment, il n'est pas démontré que l'état de santé de la recourante ait subi une modification significative au sens de l'art. 17 LPGA, ni d'ailleurs qu'il y ait eu des changements du statut de la recourante pouvant justifier

l'application d'une autre méthode d'évaluation de l'invalidité (par exemple, changement de la méthode générale de la comparaison des revenus à la méthode spécifique de comparaison des champs d'activité ou à la méthode mixte; ATF 133 V 545 consid. 7.1), ni qu'il y ait eu d'autres changements déterminants (par exemple, il n'est pas indiqué dans l'expertise interdisciplinaire que la recourante s'est habituée à la maladie avec réduction de son incapacité de travail ou alors que se justifient des modifications dans les salaires déterminants avec ou sans invalidité). En définitive, l'autorité de première instance a effectué une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, ce qui ne permet pas de fonder une révision au sens de l'art. 17 LPGA. En d'autres termes, ce n'est que lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, que le degré d'invalidité peut et doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêts du TF 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2 et 9C\_226/2013 du 4 septembre 2013 consid. 2.1).

### **E. 9.1**

Reste à examiner si les conditions d'une éventuelle substitution de motifs par le Tribunal administratifs fédéral sont remplies. Par conséquent, il faut vérifier si le rejet du recours, soit la suppression de la rente d'invalidité, peut être confirmée en application de l'art. 53 al. 2 LPGA, respectivement de la let. a, al. 1, des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6ème révision, premier volet). En effet, la révision selon l'art. 17 LPGA, de même que la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA et l'examen de la rente selon la Disposition finale mentionnée constituent différentes motivations juridiques portant sur l'objet du litige qui a trait à la modification du droit à la rente d'invalidité de la recourante. Toutefois, comme lorsqu'il s'agit d'une substitution de motifs, le Tribunal administratif fédéral qui entend y procéder en remplaçant ou en complétant la motivation fondée sur l'art. 17 LPGA par celle relative à la reconsidération ou la let. a, al. 1, des Dispositions finales est tenu d'en avertir les parties, lorsque la contestation n'a pas été examinée sous cet angle en procédure administrative. Les faits fondant une révision au sens de l'art. 17 LPGA, et donc l'argumentation juridique y relative, ne sont en effet pas identiques à ceux à la base d'une reconsidération, respectivement d'un nouvel examen du droit à la rente en vertu de la let. a, al. 1, des Dispositions finales (cf. arrêt du TF 9C\_361/2015 du 17 juillet 2015 consid. 5 et les références).

### **E. 9.2**

Or, l'autorité inférieure n'a pas proposé en procédure de recours de compléter ou de remplacer la motivation de la décision attaquée. Toutefois, il n'est pas nécessaire en l'espèce de donner à la recourante le droit d'être entendue sur une substitution des motifs, les conditions pour une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, respectivement pour une application de la let. a, al. 1, des Dispositions finales n'étant manifestement pas remplies dans le cas d'espèce.

#### **E. 9.2.1**

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur 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). Par le biais de la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, on corrigera une application initiale erronée

du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du TF U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2). En l'espèce, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer dans le passé une rente à la recourante, comme si elle devait statuer pour la première fois sur le droit de l'assurée et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données recueillies à l'occasion de la procédure de révision en examen. L'expertise interdisciplinaire du 2 juillet 2012, qui constitue une appréciation médicale différente ultérieure, ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale du 25 février 2000, respectivement et notamment la communication du 25 mars 2010 de confirmation du droit à une demi-rente, qui était fondée sur une appréciation des faits sans autre admissible compte tenu de la situation de faits et de droit de l'époque. L'autorité inférieure n'a d'ailleurs jamais prétendu au cours de la procédure de révision que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA paraissaient remplies.

### **E. 9.2.2**

Quant à la let. a, al. 1, des Dispositions finales, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser les conditions auxquelles un réexamen du droit à la rente sur la base de cette disposition pouvait avoir lieu. Ainsi, en principe, seules sont susceptibles d'être révisées à ce titre les rentes allouées qui ne tenaient pas déjà compte de la jurisprudence relative au syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 140 V 8 consid. 2.2.2). Dans ce cas, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En d'autres termes, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit en principe avoir été accordée uniquement ("ausschliesslich") en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, et seul ce diagnostic doit subsister au moment de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2). Néanmoins, lorsqu'une rente a été allouée aussi bien en raison de plaintes peu claires que de plaintes explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique la let. a, al. 1, des Dispositions finales en ce qui concerne les premières (ATF 140 V 197 consid. 6). Au surplus, il convient également d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est dégradé. En l'espèce, quand bien même il est admis que la rente octroyée à la recourante repose, pour l'essentiel, sur un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires, il n'est à aucun moment précisé la proportion de cette atteinte sur l'incapacité de travail de l'assurée. Tout au plus le Dr C. \_\_\_\_\_ a mentionné, en page 6 de son rapport du 5 janvier 1999, que l'essentiel des plaintes est constitué par des douleurs dont l'origine organique n'a pas pu être démontrée, sans toutefois quantifier la proportion de l'incapacité de travail due aux atteintes somatiques d'une part et extra-somatiques d'autre part. Aucune précision à cet égard n'est par ailleurs contenue ni dans la communication de l'OAIE du 25 mars 2010 ni

dans le rapport du Dr. HUG du 20 mars 2010 (cf. pce AI 15). Ceci exclut donc l'application de la let. a, al. 1 des Dispositions finales au cas d'espèce.

#### **E. 10**

Par conséquent, force est de constater qu'il n'est pas démontré de modification notable de la situation au sens de l'art. 17 LPGA et que la décision attaquée ne peut pas être confirmée par substitution des motifs au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, respectivement de la let. a, al. 1, des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6ème révision, premier volet). Au terme de l'appréciation anticipée des preuves, le Tribunal de céans considère qu'une expertise médicale supplémentaire n'est pas nécessaire, vu l'état de santé substantiellement resté stable dans le temps et les avis convergents et convaincants sur ce point de l'expertise interdisciplinaire et de la plupart des rapports des médecins portugais. Le Tribunal peut ainsi renoncer à l'administration de preuve et ne pas requérir de complément d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_398/2011 du 23 février 2012 consid. 4.2 et les références).

#### **E. 11**

Vu ce qui précède, il convient d'admettre le recours de la recourante et de réformer la décision attaquée en ce sens que l'assurée a droit à une demi-rente même au-delà du 1er mars 2013.

#### **E. 12.1**

Compte tenu de l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr 400.- versé par la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué.

#### **E. 12.2**

La recourante ayant agi en étant représentée, elle a droit à une indemnité de dépens (art. 64 PA ; art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant, le Tribunal lui alloue une indemnité globale de dépens de Fr. 2'800.- (sans TVA [arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7527/2014 du 12 août 2015 consid. 10.2 et C-4930/2014 du 12 février 2015 consid. 12.2 et références citées]). (dispositif à la page suivante)

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