

BVGer C-7057/2013 vom 15. Juni 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7057_2013

FR: TAF C-7057/2013 du 15 juin 2016

IT: TAF C-7057/2013 del 15 giugno 2016

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce (cf. aussi arrêt du 31 octobre 2013 du Tribunal cantonal).

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

La recourante a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais de procédure payée dans le délai imparti (cf. art. 63 al. 4 PA), le recours est 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 (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/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. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'occurrence, la rente ayant été supprimée avec la décision du 5 juillet 2013, les dispositions légales en vigueur jusqu'à ce moment-là sont déterminantes, dont notamment les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). A cet égard, il est relevé que l'application de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision AI (premier volet) est en l'occurrence litigieuse entre les parties.

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante portugaise a été assurée en Suisse de nombreuses années 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 ALPC 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, tout comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont de règle générale déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4). 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

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 (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

E. 5.1

En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA mentionné ci-dessus, la let. a de l'alinéa 1 des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI (premier volet), entrée en vigueur le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659]), a introduit 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 du 1er janvier 2012 et être réduite ou supprimée si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies - parce que l'incapacité de travail est considérée comme surmontable (cf. consid. 4.1 ci-dessus) - même si l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente.

E. 5.2

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 pathogenèse 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 (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. En effet ces rentiers ne peuvent pas être avantagés par rapport à ceux qui touchent une rente pour des seuls troubles dont la pathogenèse et l'étiologie ne sont pas claires. De même, ils ne peuvent pas être privilégiés par rapport aux assurés qui déposent nouvellement une demande de prestation en raison de troubles explicables et de troubles que l'on ne peut pas objectiver (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3).

E. 5.3

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. 5.4

Selon les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales, 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. 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 est de faciliter à la personne assurée le retour à la vie active (cf. Message du Conseil Fédéral du 24 février 2010 [FF 2009 pp. 1736 s.]). Dans l'arrêt 9C_64/2015 du 27 avril 2015 consid. 4.1, le Tribunal fédéral a précisé qu'en présence d'un tableau clinique peu claire jugé comme non invalidant, la rente d'invalidité

doit être réduite ou supprimée mais qu'en même temps, un droit à des mesures de nouvelle réadaptation prend naissance avec la poursuite accessoire du versement de la rente versée jusqu'alors.

E. 5.5

Dans l'affaire 8C_773/2013, jugée le 6 mars 2014, le Tribunal fédéral a souligné que dans le cadre d'une révision introduite en raison de la let. a 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). Le Tribunal fédéral a également considéré que même en présence de tels éléments médicaux, l'office AI n'a pas le droit de réduire ou de supprimer inconditionnellement les rentes en cours. Au contraire, le législateur a prévu plusieurs mécanismes atténuants, conscient que le réexamen inconditionnel d'une rente en cours pouvait créer des situations très choquantes (cf. aussi consid. 4.1). A part l'exclusion du réexamen des rentiers âgés de 55 ans ou touchant une rente depuis plus de 15 ans (cf. aussi consid. 4.2), le réexamen ne peut intervenir que durant une période de trois ans. Afin d'éviter un cas de rigueur, les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales prévoient en outre que la personne assurée a droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI durant lesquelles la rente continue à être versée pendant deux ans au plus. La personne assurée doit être informée des mesures envisagées lors d'un entretien personnel. Lors de l'évaluation des chances de succès d'une réadaptation professionnelle, l'office AI doit en particulier prendre en considération l'âge de la personne assurée ainsi que la durée de son incapacité de gain. De cette façon, tenant compte de chaque situation individuelle et procédant à une pesée des intérêts en jeu - telle qu'exigée expressément par le Conseil Fédéral et la doctrine - il peut être déterminé si une réduction ou une suppression de la rente respecte dans le cas concret le principe de la proportionnalité (consid. 4.3.2 et références dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.3, 135 V 201 consid. 7.2.2; CDF, chiffre 1004.2).

E. 6

Aux termes de l'art. 88bis al. 1 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) une diminution ou une suppression de la rente d'invalidité prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

E. 7

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité de la recourante sur la base des dispositions finales de la 6ème révision AI (1er volet), telles qu'avancées par l'OAIE dans sa décision attaquée (AI pce 159 p. 2). C'est donc en vain que la recourante soulève que son état de santé ne s'est pas amélioré. Selon les dispositions

finale de la 6ème révision AI (1er volet), 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. consid. 6.1 ci-dessus). En effet, les nouvelles dispositions finale visent expressément ces cas où il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé de la personne assurée. Il s'ensuit que l'affaire peut être reconsidérée selon les nouvelles règles applicables indépendamment des appréciations à la base des décisions précédentes.

E. 8

Le TAF note dans un premier temps que l'OAIE a initié le réexamen de la rente en août 2011 (AI pce 89) et ainsi dans le délai de trois ans prescrit dans les dispositions finale (cf. consid. 6.1 ci-dessus). De plus, en janvier 2012, lorsque la let. a al. 1 des dispositions finale citées est entrée en vigueur, cela faisait treize ans - et ainsi moins de quinze ans - que la rente était servie, dont le droit a débuté le 1er octobre 1998 (AI pce 14 pp. 3 à 8). Née le 2 février 1961, la recourante n'avait au surplus pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans au 1er janvier 2012. Ainsi, l'affaire ne tombe pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finale (cf. consid. 6.3 ci-dessus) de sorte que la recourante faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen.

E. 9.1

Lors de la décision initiale du 28 octobre 2002, l'OAI a alloué à l'assurée la rente d'invalidité entière en raison d'un trouble somatoforme douloureux et de la gravité de la pathologie psychiatrique. L'Office cantonal se fondait alors en particulier sur les documents suivants : - les résultats du 12 novembre 1997 de la tomодensitométrie axiale computerisée (TDM) du rachis cervical, révélant un canal cervical relativement étroit entraînant des cervico-brachialgies droites (OAIE pce 6 p. 14), - le rapport médical du 2 mars 1998, dont il ressortait que l'assurée souffrait de rachialgies chroniques avec troubles neurologiques subjectifs sans substrat organique (AI pce 6 pp. 10-13), - le rapport d'observation professionnelle du 8 mai 2001 suite à un stage de l'assurée au centre d'observation de l'AI (COPAI) de six semaines, proposant qu'une expertise psychologique soit ordonnée afin de déterminer l'impact des problèmes familiaux sur les capacités de reclassement de l'assurée qui, théoriquement, aurait la possibilité, suite à une réadaptation, de travailler à temps partiel (30 heures par semaine) avec un rendement de 70% dans une activité légère sans port de charges et permettant l'alternance des positions, par exemple en tant que caissière, vendeuse ou réceptionniste (AI pce 7 pp. 3 à 43), et - le rapport d'expertise du 13 juin 2002 des Drs B. _____ et C. _____ du département de psychiatrie qui ont diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble dépressif récurrent d'épisode actuel moyen et des traits de personnalité anankastique et ont estimé que l'assuré ne présente aucune capacité résiduelle de travail (AI pce 9). Le Dr D. _____ du service médical régional Léman (SMR) a le 2 octobre 2002 repris les conclusions de l'expertise psychiatrique et a retenu que l'assurée, souffrant d'un trouble somatoforme douloureux, ne présente pas de limitations fonctionnelles somatiques et est incapable d'exercer toute activité professionnelle dès le mois d'octobre 1997 en raison de la gravité actuelle de la pathologie psychiatrique (AI pce 10 pp. 1 s.). Les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr D. _____ avaient par ailleurs été en accord avec les observations du Dr J. _____, médecin traitant, qui avait diagnostiqué chez l'assurée un syndrome douloureux chronique dans le contexte d'une fibromyalgie (cf. rapports des 7 décembre 1998 et 2 février 2000 [AI pce 6 pp. 7 à 13] ; voir aussi ses rapports des 18 septembre 1998 et 25 février 2002 que

l'assurée a versés dans le cadre de la présente procédure de révision [AI pce 147, pièces de la recourante, annexe 4]) et l'avis du Dr T. _____, médecin généraliste, qui rapportait que - bien que théoriquement une reprise d'activité adaptée et progressive puisse avoir des effets favorables sur une fibromyalgie si la patiente est apte à entrer dans un programme de rééducation fonctionnelle et professionnelle - il existe très peu de chance que l'assurée reprenne une activité professionnelle, notamment au vu de son contexte familial (mari alcoolique) et des résultats de son stage au COPAI, ainsi que de l'échec du stage pratique entrepris peu après (AI pce 6 p. 1).

E. 9.2

Le Tribunal de céans constate dès lors que la rente d'invalidité entière a été allouée à la recourante en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant et un trouble dépressif récurrent qui en était la conséquence. Ainsi, l'une des autres conditions pour le réexamen de la rente conformément à l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, à savoir la présence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique à l'origine de la décision de rente initiale (cf. consid. 6.2 ci-dessus), est également remplie. Par conséquent, il reste à examiner si les troubles de la recourante entrent toujours dans ce tableau clinique (cf. consid. 6.2 ci-dessus) et si elle présente une capacité à surmonter la douleur au sens de l'art. 7 al. 2 LPGA telle qu'invoquée par l'OAIE dans sa décision.

E. 10.1

L'OAIE a fondé sa décision de suppression de rente du 5 juillet 2013 sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire du 20 novembre 2012 de la Dresse H. _____, FMH rhumatologie-médecine interne, et du Dr I. _____, FMH psychiatrie et psychothérapie du BEM (AI pce 129). Les experts ont posé comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une fibromyalgie (M 79.0), une dysthymie (F 34.1), une obésité associée à une hypertension et à une dyslipidémie (E 66.9 et E 88.9), une constipation chronique (K 59.0), des allergies récurrentes d'origine indéterminée avec possibilité d'oedème de Quincke (T 78.3) ainsi qu'un status après une intervention ophtalmologique pour myopie en 1997 compliquée d'une enophtalmie (H 52.1 et H 05.4) et pour un astigmatisme de l'oeil gauche anamnestique (H 52.2). Les experts ont conclu que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail alors que celle-ci s'estime hautement invalide. L'experte rhumatologue a précisé qu'au niveau somatique l'assurée ne souffre pas, tout comme en 1998, d'atteinte somatique justifiant des limitations de sa capacité de travail. Concrètement, selon l'experte, l'assurée ne présente pas de limitations dans ses activités ménagères et peut exercer son activité d'aide-soignante en se soumettant aux mesures ergonomiques de sa profession pour les déplacements des patients et le port des charges. L'experte relève de plus qu'il existe une importante discordance entre les plaintes douloureuses rapportées par l'assurée et la normalité des examens cliniques et paracliniques. Par ailleurs, d'après l'experte, les plaintes de l'assurée correspondent aux critères de la fibromyalgie et non à un syndrome douloureux somatoforme persistant (cf. pp. 25 s. du rapport d'expertise). D'un point de vue psychique, l'expert psychiatre explique que le tableau clinique comprend un syndrome dépressif modéré, chronique, mais incomplet, correspondant actuellement à une dysthymie qui ne justifie pas d'incapacité de travail ou de baisse de rendement durables. De plus, la dépression est actuellement moins prononcée que lors de l'expertise de 2002. Enfin, selon lui, les critères de la jurisprudence pour retenir le caractère invalidant de la fibromyalgie ne sont pas remplis (cf. pp. 26 à 28 du rapport).

E. 10.2

Le Dr E._____, médecin généraliste de l'OAIE, a confirmé les conclusions de l'expertise du BEM qu'il estime répondre aux conditions jurisprudentielles. Il relève que depuis l'octroi de la rente les diagnostics ne se sont pas modifiés à l'exception d'une légère amélioration de l'état psychique de l'assurée, laquelle, selon les critères actuels ne présente pas d'incapacité de travail dans son activité habituelle en raison de l'absence d'une comorbidité psychiatrique et des autres critères permettant de considérer une fibromyalgie comme invalidante (OAIE pce 131).

E. 10.3

La recourante conteste les conclusions de l'expertise et soutient qu'elle n'est pas apte au travail en raison de son état de santé rhumatologique et psychique. A son appui elle a versé plusieurs rapports médicaux récents (AI pces 146 et 151, pièces de la recourante, annexes 12 à 14, TAF pce 6 annexes 16 et 17, TAF pce 9 annexes 19 à 21). Le Dr U._____ dans le rapport rhumatologique du 27 février 2013 rapporte suivre l'assurée depuis plusieurs années pour des douleurs algiques intenses, persistantes et généralisées en particulier dans les régions occipitale, cervicale et lombaire. Il mentionne que l'assurée présente des difficultés pour les activités de la vie quotidienne (AI pce 146), ce que l'attestation municipale du 16 juillet 2013 confirme, indiquant que l'assurée présente des difficultés à se mobiliser et à effectuer les tâches domestiques quotidiennes raison pour laquelle elle a besoin d'une femme de ménage (pièces de la recourante, annexe 14). Selon le rapport rhumatologique du 24 février 2014 du Dr P._____ la recourante, souffrant de douleurs intenses et incapacitantes dans la région cervicale et dorsale, est incapable d'exercer son activité professionnelle (TAF pce 6 annexe 17). Le Dr J._____ indique le 12 août 2013 après avoir examiné l'assurée que le syndrome douloureux et le syndrome dépressif persistent se sont aggravés, empêchant l'assurée de reprendre une activité professionnelle (pièces de la recourante, annexe 12). Le Dr N._____, psychiatre, estime également que l'assurée, souffrant d'un trouble dépressif majeur récurrent avec composante somatique grave et sous antidépresseurs, anxiolytiques et analgésiques, n'est pas capable d'exécuter normalement son activité professionnelle (cf. rapports psychiatriques des 19 août 2013, 17 février et 1er septembre 2014 [pièces de la recourante, annexe 13, TAF pce 6 annexe 16, TAF pce 19 annexe 19]). Le Dr R._____, dans le rapport rhumatologique du 18 avril 2015 pose encore le diagnostic de syndrome anxio-dépressif (TAF pce 19 annexe 20).

E. 10.4

Les médecins de l'OAIE ont été invités à prendre position sur certains de ces rapports produits par l'assurée. Dans une prise de position du 16 mai 2014, le Dr Q._____, psychiatre, indique que l'expertise du 20 novembre 2012 est complète, plausible et d'une qualité exceptionnelle. Le médecin déclare ainsi rejoindre le Dr E._____ dans sa prise de position du 23 décembre 2012 et mentionne que le bref rapport psychiatrique du Dr N._____ du 17 février 2014 fait état d'un état inchangé et ne saurait remettre en cause l'expertise précitée (AI pce 201). Le Dr E._____, dans ses prises de position des 3 juin 2013 et 28 mai 2014, maintient son précédent avis étant donné que du point de vue somatique aucun élément nouveau ne ressort des documents médicaux du Dr U._____ du 27 février 2013 et de la Dresse L._____ du 11 mars 2013 ; les modifications de la colonne vertébrale décrites par le Dr P._____ dans son rapport du 24 février 2014 ne justifient pas de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail contrairement à ce que ce dernier indique (OAIE pces 157 et 203).

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. 1.1).

E. 11.2

Les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). 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

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant 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. 11.3

S'agissant des troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgiques, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ces troubles sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable 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).

E. 11.3.1

La jurisprudence du Tribunal fédéral a posé depuis 2004 - ainsi ultérieurement à l'octroi de la rente d'invalidité entière de la recourante - la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que d'autres troubles 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, à savoir lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplissait certains critères définis (appelés critères de Foerster), et qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3).

E. 11.3.2

Le 3 juin 2015, durant la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral, dans un arrêt de principe publié aux ATF 141 V 281, a modifié sa pratique en profondeur, tenant compte des expériences accumulées depuis plus de onze ans, ainsi que des critiques formulées à l'encontre de cette jurisprudence. La présomption du caractère surmontable de la douleur a été abandonnée (consid. 3.4 de l'ATF 141 précité) et la nouvelle jurisprudence renonce également à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique comme critère prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1 de l'ATF 141 précité). Un nouveau schéma d'évaluation (consid. 4.1.3 de cet arrêt) est apparu introduisant un catalogue d'indicateurs : (a) atteinte à la santé, (b) personnalité, (c) contexte social (dans la catégorie "Degré de gravité fonctionnel") et (a) limitation du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, (b) poids des souffrances (dans la catégorie "Cohérence [points de vue du comportement]"). Il s'agit d'obtenir une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6 de cet arrêt). La Haute Cour a expliqué qu'il sied de tenir compte des circonstances du cas concret et notamment des répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé (cf. également l'arrêt du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015, consid. 3.2). D'un point de vue médical, il convient de dûment motiver pour quelles raisons les limitations fonctionnelles constatées justifient une limitation de la capacité de travail en tenant compte de l'effort de volonté objectivement exigible, déterminé au moyen des indicateurs standards définis. Le Tribunal fédéral a considéré que l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA subsiste et une incapacité de gain n'est propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De même, la nouvelle pratique n'influe pas sur la nécessité d'une preuve objective (pour plus de détails sur cette nouvelle jurisprudence, cf. l'arrêt du TAF

C-4909/2014 du 12 octobre 2015, consid. 5). Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a remarqué que la jurisprudence de l'ATF 137 V 210 consid. 6 garde sa pertinence dans le sens que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure 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 indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (consid. 8 de l'arrêt de principe ATF 141 V 281).

E. 12.1

En l'occurrence, le TAF remarque premièrement que les experts du BEM n'ont pas eu connaissance de tous les rapports médicaux à ce moment-là versés au dossier de l'OAIE - ils relèvent par ailleurs que le dossier médical est relativement lacunaire depuis l'octroi de la rente (cf. à pp. 24 et 28 du rapport). Il s'agit des rapports versés dans le cadre de la première révision de la rente d'invalidité initiée en 2006, à savoir des rapports suivants : - le rapport psychiatrique du 10 novembre 2006 établi par la Dresse W. _____ (AI pce 46), - le rapport médical du 13 décembre 2006 de la Dresse Do F. _____ (AI pce 45), - le rapport médical détaille (E 213) du 5 janvier 2007 de la Dresse X. _____ (AI pce 48), - la prise de position du 23 mai 2007 du Dr V. _____ du service médical de l'OAIE (AI pce 58), - la prise de position du 19 août 2007 du Dr O. _____, psychiatre au service médical de l'OAIE (AI pce 62).

E. 12.2

Ensuite, s'agissant de l'expertise psychiatrique, il sied de relever que celle-ci a été entreprise avant le changement de la jurisprudence du Tribunal fédéral citée (consid. 12.3.2 ci-dessus) et qu'alors on partait du principe que la personne assurée souffrant d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux ne présentait pas une invalidité au sens de la loi. Bien que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdent pas de fait leur valeur probante, force est de constater qu'en l'espèce, l'expertise et les autres documents médicaux au dossier ne permettent pas d'apprécier l'affaire d'une manière convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants. En effet, l'argumentation de l'expert - et des médecins de l'OAIE - se fonde sur l'absence d'une comorbidité psychiatrique et sur les critères de Foerster (pp. 27 et 28 du rapport d'expertise [AI pce 129]; cf. aussi AI pce 131) alors que selon la nouvelle jurisprudence ces éléments ne sont plus déterminants. De surcroît, il sied de considérer qu'en l'espèce l'examen médical doit répondre à des exigences particulièrement élevées, intervenant dans le cadre d'une révision entreprise en vertu des dispositions finales de la 6ème révision AI (consid. 6.5 ci-dessus), la recourante ayant touché sa rente d'invalidité entière le 1er janvier 2012 depuis plus de 13 ans et ayant presque accompli ses 51 ans.

E. 12.3

Dès lors, le Tribunal ne saurait retenir les conclusions du rapport d'expertise du BEM du 20 novembre 2012 qui ne bénéficie pas de la valeur probante nécessaire selon la jurisprudence.

E. 12.4

Le TAF ne peut pas non plus se baser sur les incapacités de travail attestées par les différents médecins traitants de l'assurée, leurs rapports ne répondant pas non plus aux critères jurisprudentiels particuliers en matière de fibromyalgie et de troubles analogues. Par ailleurs, ils sont très succincts et peu motivés.

E. 12.5

De surcroît, le TAF note que l'OAIE n'a pas non plus procédé à une pesée des intérêts en jeu afin de décider si la suppression de la rente d'invalidité entière répond en l'espèce au principe de la proportionnalité (consid. 6.5 ci-dessus). Par surabondance, l'OAIE a omis de se déterminer sur le droit de l'assuré à des mesures de nouvelle réadaptation, prévues par les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales (cf. consid. 6.4 ci-dessus).

E. 13.1

Il ressort de ce qui précède que la suppression de la rente d'invalidité de la recourante ne s'est pas fondée sur un examen approfondi de la situation (cf. art. 49 let. b PA). Par conséquent, il sied d'admettre le recours partiellement, d'annuler la décision contestée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète l'instruction du dossier et rende une nouvelle décision.

E. 13.2

Le renvoi de l'affaire à l'instance inférieure est indiqué dans le cas concret compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1 et 3.2) bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101). En effet, le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment 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). Par ailleurs, il sied de considérer que conformément à la jurisprudence, le transfert de l'activité d'expertise de l'administration au niveau judiciaire n'est pas souhaitable (ATF 137 V 210 consid. 4.2). En l'espèce, le renvoi de l'affaire s'avère nécessaire, l'instruction de l'affaire étant incomplète.

E. 13.3

Concrètement, le dossier ne contenant pas d'expertise médicale répondant aux (nouvelles) exigences jurisprudentielles, l'OAIE devra mettre en oeuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, comportant au moins un volet rhumatologique et psychiatrique tout en respectant les règles de procédure introduite par le Tribunal fédéral afin de renforcer le droit de participation de l'assurée (cf. ATF 137 V 210, cf. également le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la procédure dans l'assurance-invalidité, CPAI). Dans cette situation, il s'avère superflu que le TAF désigne lui-même les experts tels que réclamé par la recourante qui de surcroît n'a pas justifié la nécessité d'un volet neurologique de la nouvelle expertise à entreprendre. Cas échéant, l'OAIE devra également procéder à une pesée des intérêts en jeu afin de décider si une éventuelle réduction ou suppression de la rente d'invalidité de la recourante répond en l'espèce au principe de la proportionnalité et il se déterminera sur le droit de la recourante à des mesures de nouvelle réadaptation. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

E. 14

Il reste à examiner les questions des frais de procédure et des dépens.

E. 14.1

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). Selon la jurisprudence, une partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ainsi, dans le cas concret, 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 lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est par ailleurs mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA). Dès lors, il n'est pas perçu de frais de procédure.

E. 14.2

L'art. 64 PA et l'art. 7 FITAF (RS 173.320.2) 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. 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. 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 un assuré 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)).

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