Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-1749/2009

Arrêt du 1er juillet 2011

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Francesco Parrino et Beat Weber, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
représentée par Procap Service juridique, Flore 30,
case postale, 2500 Bienne 3,
recourante,

contre

Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure

Objet

Assurance-invalidité (décision du 17 février 2009).

Faits :

A.
La A._____ est une ressortissante espagnole née le […] à D._____ (pce 100 p. 4). Ayant rejoint ses parents en Suisse à l'âge de 3 ans, elle suit l'école primaire et secondaire dans le Jura, se marie à un compatriote à 16 ans et devient mère d'un garçon puis d'une fille en 1975 respectivement 1980. Au niveau professionnel, elle a toujours travaillé dans l'horlogerie (mis à part une pause de 5 ans environ suite à la naissance de ses enfants), à une chaîne de montage, en dernier lieu dans l'entreprise B._____ du 1er décembre 1991 au 30 novembre 1995 (pces 3, 100 p. 4, 99 p. 2, cf. également pce 21 de laquelle il ressort que l'assurée a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant 17 années). Après avoir été mise à de nombreuses reprises en arrêt de travail total ou partiel pour des raisons de santé dès 1993, elle cesse définitivement son activité le 17 avril 1995 (pce 3 p. 1 n° 14 et p. 4). En date du 15 février 1996 (pce 1), elle dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton du Jura (ci-après: OAI JU) pour cause de troubles vertébraux, gynécologiques, psychiatriques et rénaux.

B.
Après avoir recueilli divers renseignements économiques et médicaux concernant la requérante, l'OAI JU, par décision du 15 juillet 1996 (pce 15), alloue une rente entière à cette dernière dès le 1er octobre 1995 (diagnostics retenus: lombalgies chroniques avec composante fibromyalgique; troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère; status après hystérectomie et annexectomie bilatérale; status après résection et réanastomose termino-terminale de l'uretère droit [pce 11 p. 2]). Le dossier est ensuite transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) pour compétence, l'intéressée étant retournée vivre en Espagne en avril 1997 (pce 19).

C.
Le 9 février 1999 (pce 22), l'OAIE entame une procédure de révision de la rente. Se basant sur les actes nouvellement produits par l'Institut national de sécurité sociale espagnol (ci-après: INSS) (pces 28, 33, 37) et l'avis de son service médical (pces 30, 31 et 40), l'administration informe l'intéressée, par communication du 6 décembre 2000 (pce 41), que son droit à la rente est maintenu.

D.
Fin août 2005 (pce 42), l'OAIE ouvre une nouvelle procédure de révision. Après avoir reçu différents renseignements d'ordre économique et médical de la part de l'INSS et de l'assurée (rapports médicaux des 24 janvier 2006 [pce 53], 1er avril 2006 [pce 56 et 57 à savoir deux certificats datés du même jour] et 6 mai 2006 [pce 54]; questionnaire pour la révision de la rente du 18 mai 2006 [pce 52]) et consulté à plusieurs reprises son service médical (prises de position des 13 octobre 2006 [pce 60], 16 février 2007 [pce 67], 1er mai 2007 [pce 69] et 7 juin 2007 [pce 71]), l'autorité inférieure décide de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'intéressée (psychiatrique, rhumatologique et gynécologique). Alors que la réalisation des volets psychiatrique et rhumatologique est confié à la Clinique C._____, l'aspect gynécologique est analysé exclusivement par le Dr E._____ à Genève (pces 73, 78-83). L'assurée est ainsi examinée du 31 mars au 2 avril 2008 à la Clinique C._____. Dans un rapport de synthèse du 8 avril 2008 (pce 100 se référant également à une expertise psychiatrique du 3 avril 2008 [pce 99 faisant part d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'une dysthymie chez une personnalité à traits dépendants] et à une évaluation des capacités fonctionnelles du 1er avril 2008 [pces 97 et 97.1]), le Dr F._____, rhumatologue, ne retient aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il conclut que, d'un point de vue médico-théorique, la dernière activité exercée, celle d'ouvrière dans le secteur horloger, peut être exigée à 100% dès la date de l'expertise. L'assurée est également soumise à un examen auprès du Dr E._____ en date du 3 avril 2008. Dans un rapport du 9 septembre 2008 (pce 101; voire aussi pce 98 [IRM pelvienne du 3 avril 2008]), ce praticien fait part d'un status après interventions abdominales et gynécologiques absolument calme et indolore sans réactivation de la maladie endométriosique. Mettant en avant les douleurs de l'assurée au niveau du dos et des mains, il conclut toutefois que cette dernière présente une incapacité de travail de plus de 80%.

E.
L'administration soumet la nouvelle documentation reçue à l'appréciation de son service médical. Dans une prise de position du 23 septembre 2008 (pce 103), la Dresse H._____ estime que l'état de santé de l'assurée s'est nettement amélioré aussi bien sur le plan physique que psychique et retient une incapacité de travail de l'assurée de 20% dès le 3 avril 2008 en raison de la longue période d'inactivité de l'assurée et de quelques difficultés avec le membre supérieur gauche.

F.
Le 29 octobre 2008 (pce 104), l'OAIE informe l'assurée que, selon lui, l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé serait à nouveau exigible à 80% et permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité. Se référant au droit de la révision, il conclut que le droit à une rente d'invalidité n'existe plus.

G.
L'assuré conteste ce projet de décision par actes datés des 16 décembre 2008 et 22 janvier 2009 (pces 107 et 116). Faisant valoir ses affections, elle estime présenter une incapacité de travail totale pour toute profession. Par ailleurs, elle produit des rapports médicaux des 15 décembre 2008 (pces 113, 106 p. 1-3 [2 certificats médicaux datés du même jour]), 16 décembre 2008 (pces 114-115) et 20 janvier 2009 (pce 112).

H.
Après avoir consulté son service médical (prises de position des 15 janvier et 12 février 2009 [pces 109 et 118]), l'OAIE, par décision du 17 février 2009 (pce 120), supprime la rente entière d'invalidité de l'assurée à partir du 1er avril 2009.

I.
Par acte du 18 mars 2009 (pce TAF 1), l'intéressée, dès lors représentée par Procap, service juridique, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée en invitant l'autorité judiciaire, sous suite de frais et dépens, à annuler la décision entreprise, à dire et juger que la recourante continue à avoir droit à une rente d'invalidité et, subsidiairement, à renvoyer l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En outre, elle demande l'octroi d'un délai supplémentaire pour pouvoir compléter son recours après réception du dossier déjà commandé auprès de l'autorité inférieure. Par ordonnance du 25 mars 2009 (pce TAF 3), le Tribunal de céans donne suite à cette requête en impartissant à l'assurée un délai jusqu'au 14 avril 2009 pour déposer ses observations. Le 14 avril 2009, l'assurée produit un mémoire complémentaire ainsi que des rapports médicaux des 12 décembre 2008 et 15 mars 2009.

J.
Appelée à se déterminer sur le recours et la nouvelle documentation produite, l'autorité inférieure, se référant à une prise de position de son service médical du 18 juin 2009 (pce 126), propose son rejet et la

confirmation de la décision attaquée (préavis du 7 juillet 2009 [pce TAF 9]).

K.
Par décision incidente du 5 août 2009 (pce TAF 10), le Tribunal administratif fédéral invite la recourante, jusqu'au 7 septembre 2009, à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.- et à déposer une réplique accompagnée des moyens de preuve correspondants. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal en date du 17 août 2009 (pce TAF 11 p. 2). Ayant été mis au bénéfice d'une prolongation de délai pour répliquer jusqu'au 23 septembre 2009 (ordonnance du 8 septembre 2009), l'assurée, dans un mémoire du 21 septembre 2009 (pce TAF 14), réitère ses conclusions antérieures en précisant qu'elle n'a pas encore reçu la documentation médicale qu'elle voulait verser à la cause. Par courrier du 14 octobre 2009 (pce TAF 15), elle produit un rapport médical du 13 octobre 2009.

L.
Invité à dupliquer (ordonnance du 20 novembre 2009 [pce TAF 16]), l'OAIE, dans un mémoire du 10 décembre 2009 (pce TAF 17), confirme les tenants et aboutissants de l'acte attaqué en se basant sur une nouvelle prise de position de son service médical (rapport du 8 décembre 2009 [pce 128]). Ces documents sont envoyés pour connaissance à l'assurée avec octroi d'un délai jusqu'au 12 février 2010 pour faire part de ses remarques éventuelles (ordonnance du 12 janvier 2010 [pce TAF 18]). Par acte du 11 février 2010 (pce TAF 19), l'assurée confirme ses conclusions antérieures. Ce mémoire est envoyé à l'autorité inférieure pour connaissance par ordonnance du 1er avril 2010 (pce TAF 20).

Droit :

1.

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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

1.2. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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.

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.

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

2.
La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 474/72).

3.
Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant 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 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2007 (dont les dispositions sont citées ci-après) et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que pour le maintien du droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application du nouveau droit n'aurait aucune incidence sur l'issue de la cause dans la présente affaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_972/2009 du 27 mai 2010 selon lequel l'art. 31 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, ne trouve pas application dans des constellations comme en l'espèce où l'assurée, au moment déterminant, n'exerçait pas d'activité lucrative).

4.
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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les

données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

5.
D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient 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. 3a et les références). Le Tribunal fédéral a toutefois posé des lignes directrice en matière d'appréciation des preuve. En particulier, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Cette constatation s'applique également aux médecins non traitant consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). Il n'en va différemment que si les médecins consultés font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2).

6.
Dans un arrêt rendu en mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral a

précisé dans quelle mesure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant peut être considéré comme une atteinte à la santé psychique avec caractère invalidant. Ainsi, il existe une présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. Dans l'ATF 132 V 65 (I 336/04 du 8 février 2006), le Tribunal fédéral a précisé que, d'une part, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie et, d'autre part, qu'une expertise interdisciplinaire tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et psychiques de la fibromyalgie apparaît la mesure d'instruction adéquate pour juger de la capacité de travail d'un assuré. Finalement, à l'ATF 135 V 201, il a jugé que la nouvelle pratique introduite par les arrêts précités ne constituait pas en soi un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

7.
En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en supprimant la rente entière d'invalidité de l'intéressée à partir du 1er avril 2009 par la voie de la révision.

8.
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 (BGE 125 V 368 E. 2).

9.
Avant toute chose, il convient de déterminer les moments déterminants pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans la présente affaire.

9.1. 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 que, 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 si 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).

9.2. En l'espèce, autant l'OAIE que la recourante s'accordent à retenir le moment du prononcé de la décision du 15 juillet 1996 octroyant initialement à l'assurée une rente entière d'invalidité comme point de départ pour la comparaison des faits déterminants (cf. pce TAF 1 p. 4 [mémoire de recours du 18 mars 2009] et pce TAF 9 [préavis de l'autorité inférieure du 7 juillet 2009]). Le Tribunal de céans ne voit aucun motif pertinent pour remettre en question ce point de vue qui s'avère en tout point conforme à la jurisprudence précitée. En particulier, la communication du 6 décembre 2000 confirmant le droit à la rente (cf. supra let. C) ne saurait être considérée comme une décision déterminante pour le point de départ de la comparaison des faits dès lors que l'instruction ayant précédé la prise de décision n'avait pas été menée de façon conforme au droit fédéral respectivement à la maxime inquisitoire régissant la procédure en matière d'assurances sociales. A ce titre il convient d'apporter les précisions qui suivent.

9.2.1. Lors de la première révision d'office de la rente mise en œuvre en février 1999 (cf. supra let. C), l'administration a recueilli divers rapports médicaux. Ainsi, dans un certificat médical détaillé CH/E 20 du 19 juillet 1999, la Dresse I._____ a posé les diagnostics d'arthrose discale L5-S1 (pce 28 n° 13). Selon elle, l'assurée présentait un état de santé stabilisé ne nécessitant aucun traitement (pce 28 n° 17-18) et n'entraînant aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle (pce 28 n° 20). Appelée à se déterminer sur la documentation produite, la Dresse J._____, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie du service médical de l'OAIE, a constaté que, selon le rapport médical CH/E 20, la recourante souffrait de discarthrose L5-S1 actuellement sans répercussion fonctionnelle. Elle en a inféré que l'assurée "aurait dû pouvoir continuer son activité d'ouvrière horlogère, activité parfaitement sédentaire" et qu'il convenait de "couper la rente à 50% dès le 19 juillet 1999 en espérant pouvoir remettre la patiente au travail" (prises de position des 29 novembre 1999 [pce 29-30] et 13 janvier 2000 [pce 31]).

L'OAIE a ensuite demandé à l'INSS de produire un rapport psychiatrique et orthopédique de l'assurée (pces 32 et 35). L'Office de liaison espagnol a donné suite à cette requête en produisant des certificats des 26 janvier 2000 et 6 juillet 2000 (pces 33 et 37). Dans le premier document cité, la Dresse K._____, médecin travaillant au Centre de santé mentale L._____, a signalé que l'assurée avait reçu une assistance médicale dans cet établissement le 19 janvier 2000. Elle a posé le diagnostic de dysthymie de laquelle découlait une douleur chronique depuis 16 ans et des limitations fonctionnelles auxquelles la patiente était soumise. En

outre, elle a mentionné que l'intéressée avait reçu un traitement psychiatrique en Suisse pendant l'année précédant son départ en Espagne qui avait consisté en différentes combinaisons d'antalgiques (morphine), de benzodiacépines et de séances d'hypnotisme. Elle a finalement relevé qu'elle instaurait un traitement psychopharmacologique composé de divers médicaments. En ce qui concerne le deuxième rapport susmentionné du 6 juillet 2000, établi à l'Hôpital M._____ (pce 37), le praticien ayant rédigé ce certificat (dont le nom est illisible) a attesté que l'assurée avait été examinée à l'hôpital précité pour cause de lombalgies récidivantes de large évolution. Constatant un pincement au niveau L5-S1, il a estimé qu'il serait utile de réaliser une imagerie par résonnance magnétique (ci-après: IRM) au niveau lombaire. En outre, il a relevé que, selon la documentation apportée par la patiente, celle-ci présentait un syndrome dépressif en traitement et était suivie médicalement suite à des troubles épigastriques. Invitée par l'OAIE à se prononcer sur cette documentation médicale, la Dresse J._____ a relevé que, sur le vu des nouveaux certificats produits, la patiente présentait un état dépressif chronique nécessitant un traitement anti-dépresseur, ce qui justifiait le maintien de la rente à 100% (rapport du 29 novembre 2000 [pce 40]). Par communication du 6 décembre 2000 (pce 41), l'OAIE a ensuite informé l'assurée que la procédure de révision entreprise n'avait pas mis en évidence une modification du taux d'invalidité.

9.2.2. Cela étant, force est de constater que, en 2000, l'instruction menée par l'administration était insuffisante pour que l'on puisse parler d'une constatation des faits opérée de façon conforme au droit selon la jurisprudence précitée (cf. supra consid. 9.1). En effet, les deux premières prises de position de la Dresse J._____ des 29 novembre 1999 et 13 janvier 2000 (cf. supra consid. 9.2.1 1er paragraphe) n'étaient pas concluantes, dès lors que cette praticienne préconisait la réduction des prestations versées à l'assurée à une demi-rente d'invalidité pour cause de lombalgies alors qu'elle retenait expressément que cette affection n'entraînait pas de limitation fonctionnelle et qu'elle ne mentionnait aucune autre atteinte avec incidence sur la capacité de travail, à l'instar de la Dresse I._____ dans le rapport médical CH/E 20 du 19 juillet 1999. On ne peut dès lors comprendre que, à ce stade des investigations, la Dresse J._____ ait continué à reconnaître à la recourante une quelconque incapacité de travail sans préconiser la mise en œuvre d'autres investigations.

La troisième prise de position de la Dresse J._____ rendue après que l'administration a complété le dossier avec le rapport psychiatrique du 26 janvier 2000 et le rapport orthopédique du 6 juillet 2000 (cf. supra consid. 9.2.1 2ème paragraphe), ne permettait également pas de conclure que le dossier était suffisamment instruit pour se prononcer sur l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail. Ainsi, dans un rapport du 29 novembre 2000 (pce 40), la Dresse J._____ revenait sur son appréciation antérieure en retenant de façon des plus succinctes que le maintien de la rente entière se justifiait puisque l'assurée présentait un état dépressif chronique et prenait des antidépresseurs. Or, ce faisant, elle prenait le contre-pied de l'avis de la Dresse I._____ qui, dans le rapport CH/E 20 du 19 juillet 1999, ne constatait aucun problème psychiatrique invalidant chez l'assurée et estimait que celle-ci était à même d'exercer à plein temps son activité habituelle (cf. également la note interne des institutions de sécurité sociale espagnoles du 5 octobre 1999 indiquant qu'un examen psychiatrique n'a pas été effectué chez l'assurée faute d'indice concret incitant à prendre une telle mesure [pce 36]). Dans ce contexte, il appert que le rapport psychiatrique et le certificat orthopédique ayant été versé à la cause en complément d'instruction ne permettaient en aucun cas de conclure que l'évaluation de la Dresse I._____ n'était plus actuelle. En effet, le rapport orthopédique du 6 juillet 2000 ne contenait aucune information nouvelle et se limitait à signaler l'opportunité de procéder à une IRM de la colonne lombaire de l'assurée. En outre, il ne faisait nullement part d'un suivi thérapeutique de l'assurée ni même d'une demande de soins quelconque sur le plan rhumatologique/orthopédique. S'agissant du certificat psychiatrique du 26 janvier 2000, ce document ne prenait pas position sur la capacité de travail de l'intéressée, faisait principalement part du diagnostic de dysthymie, à savoir une atteinte psychique nettement moins intense que celle retenue lors de l'octroi initial de la rente qui consistait avant tout en un trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuellement sévère (cf. supra let. A et consid. 10.2.7) et se bornait à indiquer que l'assurée avait suivi un traitement psychiatrique en Suisse une année avant son départ en Espagne ─ à savoir en 1997 (cf. supra let. B) ─ sans faire part d'aucun suivi psychiatrique depuis lors (cf aussi le rapport CH/E 20 du 19 juillet 1999 et la lettre des autorités espagnoles du 5 octobre 1999 précités donnant des renseignements identiques sur ce dernier point). Bien plutôt, le rapport psychiatrique mentionnait que le traitement avec antidépresseurs avait été instauré dès le 19 janvier 2000 soit bien après l'ouverture de la procédure de révision de la rente et, semble-t-il en l'état du dossier, plus de 3 ans après le dernier traitement psychiatrique administré à la recourante. Compte tenu de l'ensemble de

ces éléments, il appert que l'administration aurait manifestement dû mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires avant de se prononcer sur le droit aux prestations de l'assurée en 2000 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 in fine; 8C_920/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.3; 9C_928/2010 du 7 février 2011 consid. 3.3). Dans ces conditions, la communication du 6 décembre 2000 ne saurait faire office de référence pour la comparaisons des faits déterminants.

10.
Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en supprimant la rente de l'assurée par voie de révision avec effet au 1er avril 2009.

10.1. La présence d'un motif de révision suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

Selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus soient restés identiques n'exclut pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant un changement notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. Tel est notamment le cas lorsque l'intensité de l'affection s'est résorbée ou lorsque l'assuré a réussi à mieux s'adapter à son atteinte. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit ou si l'on se trouve en présence d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait qui ne saurait être pertinent en matière du droit de la révision nécessite un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C_761/2010 du 1er mars 2011 consid. 2.2.2; en rapport avec les troubles somatoformes cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.2 s.; A. BRUNNER, N. BIRKHÄUSER, somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur

Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007 p. 193).

10.2. En son temps, la documentation médicale versée au dossier consistait principalement en les documents suivants.

10.2.1. Un rapport du 24 mai 1995 établi à la Polyclinique neurologique-neurochirurgique N._____ (pce 6), faisait part de lombo-sciatalgies droites (présentes depuis 1974) résistant au traitement sur hernie discale médiale minime en L5/S1. Les Drs O._____ et P._____ soulignaient que des problèmes psychiques se superposaient clairement sur le tableau clinique mis en évidence.

10.2.2. Dans un certificat du 11 septembre 1995 rédigé à l'Hôpital S._____, Service de Rhumatologie, Médecine physique et Réhabilitation (pce 7), il était signalé que l'assurée avait séjourné du 23 août au 8 septembre 1995 dans cet établissement pour des investigations et un traitement de lombalgies chroniques. Les Drs R._____ et S._____ relevaient que les traitements n'avaient apporté aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse et qu'un examen approfondi des points sensibles parlait en faveur d'une composante fibromyalgique. Se déclarant étonné de l'importante discordance entre les plaintes et la clinique, ils estimaient qu'une composante psychique était fort probable en tenant compte de la notion de facteurs extérieurs et conseillaient à la patiente de se soumettre à un suivi psychologique en parallèle aux mesures rhumatologiques. Ils retenaient les diagnostics de lombalgie chronique de type insuffisance discale avec pseudosciatalgie droite et composante fibromyalgique, d'état dépressif et de status après ovariectomie et annexectomie unilatérale pour endométriose en 1985 respectivement status après appendicectomie en 1977.

10.2.3. L'assurée a par la suite été opérée pour hystérectomie abdominale avec annexectomie gauche et résection de 10 cm d'intestin grêle le 7 novembre 1995. Dans le cadre de cette hospitalisation, elle a également été examinée au Centre psycho-social T._____ pour appréciation psychiatrique du cas à la demande du gynécologue traitant. Ainsi, dans un rapport du 14 novembre 1995 (pce 9 p. 2), le Dr U._____ a parlé d'un état dépressif lourd en relevant que les troubles somatoformes (lombaires et abdominaux) en relation avec cette affection n'étaient avancés qu'au deuxième plan. Il posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F33.2 et précisait que l'intervention gynécologique n'était qu'un élément de plus de la

dépression parmi d'autres (licenciement, conflit conjugal, perspective d'un déménagement et autonomisation prochaine de sa fille).

10.2.4. Par ailleurs, un protocole opératoire du 14 mars 1996 (pce 9 p. 1) signalait que l'assurée avait été opérée le jour même pour cystoscopie et résection d'environ 1 cm d'uretère droit et réanastomose termino-terminale. Un rapport du 9 février 1996 signalait pour sa part que l'intéressée se plaignait de douleurs abdominales spasmodiques aiguës nocturnes et retenaient les diagnostics de douleurs abdominales, d'hydronéphrose droite sur obstacle du bas-uretère et d'infection gastrique à Helicobacter pylon (pce 10).

10.2.5. Dans un rapport du 26 mars 1996 établi à l'intention des organes de l'assurance-invalidité (pce 11), le Dr V._____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, faisait part d'une patiente en état général médiocre, d'apparence intensément dépressive. Il retenait les diagnostics de lombalgies chroniques de type insuffisance discale avec composante fibromyalgique, de troubles dépressifs récurrents, épisode actuellement sévère, de status après hystérectomie et annexectomie bilatérale, de status après résection et réanastomose termino-terminale de l'uretère droit et de léger goître. Il signalait également que la sténose de l'uretère droit était une atteinte récente et que les résultats de l'opération ayant été mise en œuvre pour cette raison ne pouvaient pas encore être garantis. Il concluait que l'assurée présentait une incapacité de travail totale.

10.2.6. Appelé à se prononcer sur la documentation médicale produite, le Dr W._____, du service médical de l'OAI JU, a estimé que l'ensemble des affections dont souffrait la recourante avaient conduit cette dernière vers une incapacité de travail totale, ce qui justifiait de lui allouer une rente d'invalidité (rapport du 1er avril 1996 [pce 12]).

10.2.7. Il ressort des documents précités que, lors de l'octroi initial de la rente, l'assurée se trouvait dans un état non stabilisé en ce qui concerne les atteintes abdominales et rénales. Par ailleurs, le corps médical ne trouvait pas d'éléments objectifs suffisants pour comprendre les plaintes subjectives de l'assurée au niveau lombaire et renvoyait de ce fait au domaine de la psychiatrie. Ainsi, si les spécialistes en rhumatologie mentionnaient prudemment des éléments parlant en faveur d'une composante fibromyalgique dans un rapport du 11 septembre 1995 (pce 7), ils soulignaient particulièrement la composante psychiatrique du cas et préconisaient un suivi psychologique (cf. aussi le rapport neurologique du 24 mai 1995 [pce 6]). Dans ce contexte, le Dr U._____ relevait

expressément que les troubles somatoformes passaient au 2ème plan par rapport à l'état dépressif sévère (pce 9 p. 2 [rapport du 14 novembre 1995]) et n'a pas jugé opportun de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant en plus de celui de trouble dépressif majeur. En outre, dans un rapport du 26 mars 1996 (pce 11), le Dr V._____, généraliste, mentionnait à nouveau le diagnostic d'état dépressif majeur, épisode actuel sévère, en soulignant que la patiente était intensément dépressive. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a donc lieu de conclure que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, a joué un rôle déterminant lors de l'octroi initial de la rente entière d'invalidité par décision du 15 juillet 1996.

10.3. Dans le cadre de la procédure de révision entamée en juillet 2007, le dossier a notamment été complété avec une expertise pluridisciplinaire de l'assurée.

10.3.1. Ainsi, la recourante a été examinée à la Clinique C._____ du 31 mars au 2 avril 2008. Dans un rapport psychiatrique du 3 avril 2008 (pce 99), la Dresse G._____ pose les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de dysthymie chez une personnalité à traits dépendants et conclut que ces atteintes n'ont actuellement pas de valeur incapacitante en soi en soulignant que le syndrome douloureux somatoforme reste de degré modéré et paraît en l'état stabilisé sous l'effet des traitements médicamenteux. En outre, un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelle (pces 97-97.1) fait part d'un travail de l'assurée de bonne qualité en général avec toutefois certains points négatifs (rendement globalement plus faible que la moyenne; besoin de nombreuses courtes pauses; alternance des positions assis/debout; limitation du membre supérieur gauche dans certaines activités). Finalement, dans un rapport de synthèse du 8 avril 2008 (pce 100), le Dr F._____, médecine interne et rhumatologie, ne décèle aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et pose les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de dysthymie (F34.1) chez une personnalité à traits dépendants (F60.7), de discopathie lombaire étagée, prédominant en L2-L3 (M51.9) et de tabagisme chronique (F17.1). Il mentionne également les diagnostics faisant l'objet d'une évaluation séparée d'annexectomie et ovariectomie droite pour endométriose en 1985, d'hystérectomie abdominale avec annexectomie gauche et résection intestinale de 10 cm en 1995, de révision de l'uretère droit avec résection d'environ 1 cm et réanastomose termino-terminale en 1996.

La Clinique C._____ ne disposant pas de spécialiste en gynécologie, l'administration a confié au Dr E._____ le soin de se prononcer en tant qu'expert sur l'aspect gynécologique du cas (cf. supra let. D). Dans un rapport du 9 septembre 2008 (pce 101; cf. également pce 98 [rapport du 3 avril 2008 établi suite à une IRM pelvienne]), celui-ci fait part d'un status après interventions abdominales et gynécologiques absolument calme et indolore. Selon lui, même si l'hypothèse d'adhérence post-opératoire ne peut pas être exclue, la symptomatologie présentée par la patiente ne relève que peu ou pas de la sphère gynécologique ou abdominale mais d'un état général sur fond de dépression. Proposant une psychothérapie de soutien de l'assurée, il estime que celle-ci présente une incapacité de travail au-dessus des 80% sans amélioration en perspective.

10.3.2. Appelée à prendre position sur les rapports d'expertise, la Dresse H._____, spécialiste en médecine générale, médecine de rééducation et mésothérapie du service médical de l'OAIE, estime que les nouveaux documents produits mettent en évidence une nette amélioration aussi bien sur le plan physique que psychique (avec notamment un état dépressif modéré et stabilisé au lieu d'un état dépressif sévère présent lors de l'octroi de la rente et l'absence de toute intervention abdominale depuis longtemps avec situation stable sans signe de récidive d'endométriose). En raison de la longue période d'inactivité et de quelques difficultés avec le membre supérieur gauche, elle conclut que l'assurée présente une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle dès le 3 avril 2008 (prise de position du 23 septembre 2008 [pce 103]).

10.3.3. Sur la base de cette documentation, l'administration a jugé que le dossier était suffisamment instruit et procédé à la suppression de la rente avec effet au 1er avril 2009 par décision du 17 février 2009.

La recourante estime pour sa part que la situation médicale n'a nullement évoluée de façon positive. Soulignant que les troubles somatiques se sont empirés avec le temps, elle conteste l'évaluation faite par les experts en se basant sur divers documents médicaux.

11.

11.1. Cela étant, il appert que lors de son séjour de trois jours à la Clinique C._____, l'assurée a été examinée par la Dresse G._____, psychiatre, et le Dr F._____, rhumatologue et médecin interniste, à savoir des spécialistes disposant de toutes les qualifications requises

pour juger valablement de son état de santé sur le plan psychiatrique et rhumatologique. En outre, l'instruction ordonnée par l'administration revêt un caractère interdisciplinaire dès lors que les experts de la Clinique C._____ ont discuté ensemble du cas avant de se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, ce qui renforce la valeur probante de leur appréciation d'autant que différents rapports médicaux versés à la cause ont retenu le diagnostic de fibromyalgie (cf. sur ce point supra consid. 6 in fine). Certes, les spécialistes précités n'ont pas procédé à un échange de vue avec le Dr E._____, à savoir l'expert chargé d'examiner le volet gynécologique du cas. Ce fait ne saurait toutefois remettre en cause le bien fondé de leurs conclusions dès lors que le Dr E._____ a attesté de l'absence d'une récidive de la maladie endométriosique et a conclu que les douleurs abdominales alléguées par la recourante relevaient principalement du registre psychiatrique en précisant qu'il s'agissait de manifestation somatique digestive sur fond de dépression (pce 101 p. 2). Finalement le rapport psychiatrique du 3 avril 2008 (pce 99) et le rapport de synthèse du 8 avril 2008 (pce 100) se basent sur une anamnèse complète (avec résumés détaillés des actes au dossier) et des examens circonstanciés complétés par une évaluation des capacités fonctionnelles, prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante, dressent un tableau global cohérent et contiennent des conclusions dûment motivées. Compte tenu de tout ce qui précède, il convient d'accorder pleine valeur probante à l'expertise de la Clinique C._____.

11.2. Dans ce contexte, force est de constater que les données objectives fournies par les experts de la Clinique C._____ et le Dr E._____ permettent de conclure à une amélioration significative de l'état de santé de la recourante contrairement à ce que prétend cette dernière.

11.2.1. Certes, au niveau de l'atteinte au rachis, le Dr F._____, dans le rapport de synthèse du 8 avril 2008, ne décèle aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse ni des éléments objectifs observés en faisant part de discopathies étagées de L2 à S1, prédominant en L2-L3 pouvant jouer le rôle d'épine irritative. L'expert souligne toutefois que cette atteinte paraît triviale et est tout à fait impropre à expliquer l'ensemble du tableau clinique en relevant que l'examen physique permet d'exclure toute limitation fonctionnelle, tout indice d'une maladie rhumatismale inflammatoire ou tout élément en faveur d'un conflit disco-radiculaire (pce 100 p. 9; cf. également le rapport CH/E 20 du 24 janvier 2006 qui retient l'absence de tout taux d'invalidité pour l'exercice de la

dernière activité exercée [pce 53 n° 20 renvoyant à la pce 28 n° 20]). Il rejoint en cela l'avis des experts rhumatologues ayant examiné la recourante lors de l'octroi initial de la rente qui relevaient l'importante discrépance entre les plaintes et la clinique et conseillaient la mise en place d'une psychothérapie (cf. rapport du 11 septembre 1995 [pce 7]; voire aussi rapport neurologique du 24 mai 1995 [pce 6]).

11.2.2. En revanche, sur le plan psychiatrique, le tableau clinique de l'assurée a connu un changement important dès lors que le diagnostic de dépression majeure, épisode actuellement sévère, retenu lors de l'octroi initial de la rente n'est plus actuel. En effet, dans le rapport psychiatrique du 3 avril 2008 (pce 99), la Dresse G._____ qualifie l'état dépressif de dysthymie chez une personnalité à traits dépendants, ce qui est par ailleurs confirmé par les certificats psychiatriques produits par l'assurée (cf. rapports des 26 janvier 2000 [pce 33], 6 mai 2006 [pce 54] et 13 octobre 2009 [pce TAF 15 p. 2] faisant uniquement part de dysthymie). Cette modification des diagnostics est également perceptible si l'on procède à une comparaison des tableaux cliniques observés lors de l'octroi de la rente en 1996 et ceux présents en 2009. Ainsi, dans un rapport psychiatrique du 14 novembre 1995 (pce 9 p. 2), le Dr U._____ retenait un état dépressif lourd avec pleurs, ralentissement psychomoteur général et troubles cognitifs légers (trouble de la concentration, amnésie de fixation, fatigabilité intellectuelle). En revanche, en 2009, la Dresse G._____ relève que la patiente ne présente pas de symptomatologie aiguë d'un état dépressif et fait part de capacités attentionnelles bonnes sans trouble du jugement et du raisonnement (pce 99 p. 4), ce qui est par ailleurs confirmé par le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles ne décelant aucun déficit au niveau psychique (pces 97 et 97.1 p. 6).

En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant respectivement la fibromyalgie (sur ces deux notions cf. consid. 6), il y a lieu de faire les remarques qui suivent. Tout d'abord, on note que si en 1995-1996 le corps médical mettait en évidence une composante fibromyalgique en rapport avec les lombalgies, les spécialistes en rhumatologie insistaient sur l'aspect psychiatrique du tableau clinique y relatif (rapport du 11 septembre 1995 [pce 9 p. 2]) et le Dr U._____, psychiatre, relevait expressément que les troubles somatoformes passaient au 2ème plan par rapport à l'état dépressif sévère (rapport du 14 novembre 1995 [pce 9 p. 2]; cf. à ce sujet supra consid. 10.2.2, 10.2.3 et 10.2.7). En outre, ce praticien ne retenait pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant en sus du trouble dépressif majeur.

L'ensemble de ces éléments permet de conclure que la composante fibromyalgique des lombalgies mises en évidence à l'époque n'a pas été en soi déterminante lors de l'octroi initial de la rente. Dans ce contexte, la Dresse G._____, dans l'expertise psychiatrique du 3 avril 2008, relève certes qu'il se justifie actuellement de retenir, en plus de la dysthymie, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant dans la présente affaire au vu des discordances entre les plaintes et la clinique ainsi qu'un certain degré de souffrance psychologique de la patiente avec angoisses en rapport avec la persistance des douleurs, des relations conflictuelles avec son mari et sa fille, une angoisse de perdre sa fille (qui a fait des tentatives de suicides dans le passé) et la modification de son comportement suite à son vécu douloureux. L'expert insiste toutefois sur le fait que cette atteinte reste d'intensité modérée et parait actuellement stabilisée sous l'effet des traitement médicamenteux (pce 99 p. 4). Sur cette base, les Drs F._____ et G._____ parviennent à la conclusion que l'assurée dispose des ressources psychiques et physiques lui permettant d'accomplir sa dernière activité à plein temps (pce 100 p. 10 [rapport de synthèse du 8 avril 2008]). Le bien-fondé de cette appréciation n'est pas remis en cause en faisant application en l'espèce des critères jurisprudentiels plus restrictifs (mais également plus précis) concernant le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux persistant respectivement de la fibromyalgie introduit par l'ATF 130 V 352. En effet, les données objectives fournies par les experts de la Clinique C._____ sont suffisantes pour se prononcer en la matière et permettent de mettre en évidence ce qui suit. Tout d'abord, le fait que l'assurée souffre d'une dysthymie ne laisse pas conclure à la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes au sens de la jurisprudence, d'autant que la Dresse S. G._____ fait part de "quelques signes dépressifs de degré modéré à inclure dans le vécu douloureux" (pce 99 p. 4; cf. parmi d'autres arrêt du Tribunal fédéral I 600/03 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). Par ailleurs, le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance n'est pas réalisé en l'espèce. Ainsi, selon l'appréciation des experts de la Clinique C._____, les discopathies dont est atteinte la recourante apparaissent constituer une atteinte triviale impropre à engendrer une incapacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrière horlogère (cf. supra consid. 11.2.1). Pour sa part, le Dr E._____ relève l'absence d'éléments objectifs permettant de retenir une maladie invalidante sur le plan gynécologique (pce 101 p. 2). Dans ces circonstances, il y a lieu de conclure que l'assurée ne présente pas, en sus du trouble somatoforme douloureux persistant, une affection chronique ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (arrêts du

Tribunal fédéral I 630/03 du 30 novembre 2004 consid. 4.2.2; 9C_749/2010 du 23 novembre 2010 consid. 4.3.2). En outre, un certain retrait social est perceptible chez l'assurée dès lors qu'elle prétend être casanière et avoir des liens sociaux limités (relation avec une seule amie atteinte d'un cancer qui aurait été interrompue récemment; aucun contact avec ses voisins [pce 99 p. 3]). On ne saurait toutefois parler d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie puisque la recourante dit avoir des contacts familiaux et être bien soutenue par ses proches avec lesquels elle a une relation satisfaisante (à l'exception de sa fille et de son mari qu'elle accuse d'être à l'origine de ses troubles [pce 99 p. 1 et 3]), prend part à des événements populaires (l'assurée a indiqué profiter de l'expertise en Suisse pour assister à un mariage [pce 100 p. 4]), se rend régulièrement à la piscine (dans son jardin ou dans une piscine couverte en ville), continue à conduire sa voiture sur de petits trajets et fait aussi quelques marches pendant la journée (pce 99 p. 3) (voire à ce sujet arrêts du Tribunal fédéral 9C_749/2010 du 23 novembre 2010 consid. 4.3.2; 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2). De surcroît, s'il est vrai que l'assurée est sujette à des conflit psychosociaux (relation tendue avec sa fille qui souffrirait de graves troubles psychologiques responsables de plusieurs tentatives de suicide, étant précisé que la situation s'est un peu calmée vu que la dernière hospitalisation pour raison psychique remonte à deux ans [100 p. 3]; relation conflictuelle avec son mari), les experts de la Clinique C._____, en pleine connaissance de ces éléments, estiment que la recourante parvient à faire face aux exigences de sa vie quotidienne et serait à même de s'impliquer dans un emploi rémunéré à plein temps (pce 100 p. 10). Ces constatations ─ dont le Tribunal de céans ne voit pas de raisons suffisantes de douter du bien-fondé ─ permettent donc de nier l'existence d'un état psychique cristallisé marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 123/04 du 6 juillet 2004 consid. 4.3). Finalement, on ne peut parler de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art dès lors que, selon les experts de la Clinique C._____, le tableau clinique reste stable sous l'effet des traitements médicamenteux et reste d'une intensité de degré modérée permettant à l'assurée de fournir l'effort de volonté raisonnablement exigible en vue de surmonter l'effet de ses douleurs.

Eu égard à tout ce qui précède et des éléments exposés ci après (cf. consid. 11.4), il appert que, avec la résorption de l'état dépressif majeur, épisode actuel sévère, l'état de santé de l'assurée a connu une amélioration notable sur le plan psychique, d'autant qu'il ressort des

pièces au dossier que ce diagnostic avait joué un rôle déterminant lors de l'octroi initial de la rente et que les troubles somatoformes étaient à l'arrière-plan (cf. supra consid. 10.2.7). Contrairement à ce que semble croire la recourante, on ne saurait dans ces conditions retenir que l'administration juge différemment un état des faits resté identique du simple fait que les diagnostics de lombalgies avec composante fibromyalgique respectivement de trouble somatoforme douloureux persistant/fibromyalgie ont été retenu par le corps médical ─ en tant qu'un élément parmi d'autres ─ lors de l'octroi initial de la rente et lors du prononcé de la décision attaquée. Bien plutôt, la comparaison de l'ensemble des diagnostics et des tableaux cliniques retenus dans les moments déterminants permet clairement de conclure à une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3). Le motif de révision relève par conséquent de ce changement global de l'état de fait et non de la nouvelle pratique jurisprudentielle plus restrictive en matière de trouble somatoforme douloureux persistant respectivement de fibromyalgie valable depuis 2004 (cf. à ce sujet supra consid. 6). On souligne également que la recourante fait une lecture erronée de l'expertise psychiatrique en prétendant que la Dresse G._____ relève une situation médicale sans changement notoire dans les dix dernières années (pce TAF 5 p. 2). En effet, l'affirmation y relative de cette praticienne se rapporte uniquement au processus d'invalidation de l'assurée avec adoption d'un comportement d'invalide (pce 99 p. 4 s.). De la sorte, la Dresse G._____ se limite à mettre en lumière l'existence de divergences entre la situation médicale constatée objectivement et la position subjective de la recourante par rapport à son trouble.

11.2.3. Il y a également lieu de retenir une amélioration de l'état de santé au niveau des troubles abdominaux, dès lors que, lors de l'octroi initial de la rente, la situation était considérée comme non stabilisée par le corps médical (cf. supra consid. 10.2.3). Or, en septembre 2008, le Dr E._____ a souligné l'absence d'éléments objectifs au niveau gynécologique permettant de conclure à une incapacité de travail de l'assurée. Certes, cet expert conclut finalement à une incapacité de travail de l'assurée de plus de 80% (pce 101 p. 1). Il prend cependant position sur l'aspect psychiatrique du cas et excède ainsi le cadre de sa compétence. Dans ces conditions, le Tribunal de céans ne peut qu'écarter son appréciation sur ce point (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_1059/2010 du 9 mai 2011 consid. 3.5).

11.3. Ensuite, force est de constater que les documents médicaux dont se prévaut l'assurée ne permettent pas de remettre en cause l'avis des Drs F._____ et G._____ auxquels le Tribunal de céans a accordé pleine valeur probante.

11.3.1. En effet, les certificats des 15 décembre 2008 (pce 106) et 15 mars 2009 (pce TAF 5 p. 4 ss) émanant du Dr X._____, orthopédiste, ne prennent pas position sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire effectuée à la Clinique C._____ et ne mettent pas en évidence des éléments nouveaux qui n'auraient pas été examinés par les experts comme le relève à juste titre la Dresse H._____ (cf. prises de position des 15 janvier 2009 [pce 109] et 18 juin 2009 [pce 126]). Conformément à la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 5), ces documents ne sauraient donc être déterminants pour l'issue de la présente affaire. Il en va de même du certificat du 20 janvier 2009 (pce 112 en rapport avec l'atteinte lombaire) et des rapports des 15 et 16 décembre 2008 (pce 113-115) qui ne font part d'aucune conséquence fonctionnelle liée à l'ostéopénie et l'ostéoporose mise en évidence comme le relève de façon convaincante le service médical de l'OAIE (cf. prise de position du 12 février 2009 [pce 118]). Force est également de relever que les rapports psychiatriques versés à la cause par l'assurée ne sauraient remettre en question la pertinence de l'appréciation de la Dresse G._____. (cf. à ce sujet supra consid. 11.2.2 1er paragraphe). En particulier, on note que si les rapports des 12 décembre 2008 (pce TAF 5 p. 8) et 13 octobre 2009 (pce TAF 15 p. 2) mettent en évidence une symptomatologie anxieuse-dépressive de l'assurée, ils maintiennent le diagnostic de dysthymie, ce qui est tout à fait compatible avec les conclusions de l'expert de la Clinique C._____ et ne saurait donc suffire à faire douter de son évaluation de la capacité de travail de la recourante.

11.3.2. Finalement, il sied de relever que la Dresse H._____, dans un rapport du 23 septembre 2008 (pce 103), se rallie pour l'essentiel aux conclusions des Drs F._____ et G._____ mais estime toutefois que l'assurée présente une incapacité de travail de 20% dans son activité habituelle "en raison de la longue période d'inactivité et de quelques difficultés avec le membre supérieur gauche". Cette appréciation divergente du service médical de l'OAIE, qui se base en partie sur des éléments étrangers à l'invalidité et qui a été rendue sans examen personnel de l'assurée, ne saurait toutefois infirmer la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire effectuée à la clinique C._____ qui répond à tous les réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. arrêt du Tribunal

fédéral 9C_1054/2010 du 25 février 2011 consid. 3.2 et la référence citée; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2911/2009 du 18 avril 2011 consid. 9.3.4).

11.4. Au vu de tout ce qui précède le Tribunal de céans peut donc conclure que, au moment déterminant (17 février 2009), l'état de santé de l'assurée s'était amélioré de façon significative, ce qui autorisait l'administration à procéder à un examen complet de la situation tant au niveau des faits que du droit (sur la jurisprudence y afférente cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 5.3 et les références citées). Conformément à l'avis des Drs F._____ et G._____ (cf. supra consid. 10.3.1) auquel il convient de donner la préférence pour les raisons exposées dans les considérants précédents, il y a par conséquent lieu de retenir que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans sa dernière activité d'ouvrière dans le secteur horloger. Dans ce contexte, il appert que l'autorité inférieure a implicitement procédé à une évaluation de l'invalidité en pour-cent ("Prozentvergleich") pour nier la présence d'un taux d'invalidité ouvrant le droit à une rente (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.1). Cela étant, même en effectuant une comparaison des revenus des plus favorable à la recourante (notamment en retenant à titre hypothétique une capacité de travail de 80% comme l'a fait l'administration et en considérant que le salaire d'invalide correspond au salaire moyen d'une salariée pour des activités simples et répétitives, tout secteur confondu, avec de surcroît une déduction très généreuse de 10% pour tenir compte des motifs personnels), force est de constater que l'assurée n'atteindrait manifestement pas un taux suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Ainsi, le salaire de valide devrait être déterminé en actualisant le revenu mensuel obtenu par la recourante en 1995 (Fr. 3'741.- selon les déclarations de l'employeur [pce 3], ce qui est plus favorable que les données statistiques) à l'année 2009 (1995: 2087; 2009: 2552), ce qui donne un montant de Fr. 4'574.52. Le revenu d'invalide serait quant à lui fixé sur la base des données de l'enquête suisse sur la structure des salaires, tableau TA1 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.3.1; I 232/06 du 25 octobre 2004 consid. 4 et arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3300/2008 consid. 12.1) et correspondrait au revenu moyen d'une salariée en 2008 pour des activités simples et répétitives, tout secteur confondu (Fr. 4'116.- pour 40 h./sem.) en tenant compte d'un horaire usuel de travail de 41.7 h./sem. en 2009 et d'une augmentation des salaires de 2.1% en 2009, à savoir Fr. 4'381.04. Ce montant devrait encore être diminué de 20% pour tenir compte (à titre hypothétique) d'une

capacité de travail limitée à 80% (80% de Fr. 4'381.04 = 3'504.83) puis de 10% pour tenir compte des motifs inhérents au cas d'espèce (90% de 3'504.83 = 3'154.35). La comparaison du revenu de valide de Fr. 4'574.52 au revenu d'invalide de Fr. 3'154.35 ferait ainsi apparaître un taux d'invalidité de 31.04%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ([{4'574.52 – 3'154.35} x 100] : 4'574.52).

12.

La recourante reproche également à l'autorité inférieure ne pas avoir procédé à une étude détaillée des critères jurisprudentiels en rapport avec le trouble somatoforme douloureux respectivement la fibromyalgie et fait ainsi valoir implicitement une violation de l'obligation de motiver les décisions de la part de l'administration. Il convient de prendre position comme suit sur ce point. Dès lors qu'une amélioration notable de l'état de santé avait été mise en évidence dans la présente affaire suite à l'amélioration de l'état dépressif, la question de savoir si le trouble somatoforme douloureux persistant respectivement la fibromyalgie mis en évidence par le corps médical en 2008/2009 avait un caractère invalidant lors du prononcé de la décision attaquée devait être examinée à l'aune de la pratique jurisprudentielle instaurée par l'arrêt 130 V 352 (cf. supra consid. 11.4 1ère phrase). Dans ce contexte, les experts de la Clinique C._____ niaient de façon claire le caractère incapacitant du trouble somatoforme douloureux persistant et fournissaient, dans leurs rapports des 3 et 8 avril 2008, tous les éléments objectifs nécessaires pour se convaincre de l'absence d'une comorbidité psychiatrique ou d'un cumul des autres critères pertinents. Au vu de ces circonstances particulières, il sied de retenir que, in casu, l'administration n'a pas enfreint son obligation de motivation en se limitant à renvoyer, dans la décision entreprise du 17 février 2009 et dans son préavis du 7 juillet 2009 (pce TAF 9), aux conclusions des experts de la Clinique C._____ sans procéder elle-même à un examen détaillé des critères jurisprudentiels, la recourante disposant ainsi de suffisamment d'éléments pour comprendre les motifs ayant guidé l'autorité inférieure lors du prononcé de la décision entreprise. Quoiqu'il en soit, même si l'on devait conclure à une violation du droit d'être entendu sur ce point, le vice devrait être considéré comme réparé devant la présente instance puisque le Tribunal administratif fédéral ─ qui bénéfice d'une pleine cognition pour juger de l'état des faits et du droit ─ a pris position sur les critères jurisprudentiels dans le présent jugement (cf. supra consid. 11.2.2 2ème paragraphe), étant précisé que, eu égard aux particularités de la présente affaire, un renvoi à l'administration pour violation de l'obligation de motiver devrait de toute façon être considéré comme une vaine formalité.

13.
Il convient également d'examiner si l'autorité inférieure n'aurait pas dû mettre la recourante au bénéfice d'une mesure de réadaptation. En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'un assuré a bénéficié d'une rente entière d'invalidité durant une période prolongée, il appartient à l'administration qui envisage de procéder à une révision du droit à la rente d'examiner, à titre préalable, l'opportunité de l'octroi de mesure de réadaptation, étant précisé que, dans la plupart des cas, cet examen n'entraîne aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée ─ qui priment sur les mesures de réadaptation ─ suffisent à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou supprimer la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). En l'espèce, les experts de la Clinique C._____ estiment que l'assurée dispose de suffisamment de ressources pour reprendre une activité lucrative et que des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées (pce 100 p. 10). Par ailleurs, il sied de tenir compte du fait que l'assurée peut nouvellement travailler à 100% dans son activité habituelle d'ouvrière. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'octroi de mesures de réadaptation n'a pas été jugé indispensable dans la présente affaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.3.2 et 9C_694/2010 du 23 février 2011 consid. 6.2). Dans ce contexte, on note que le Tribunal fédéral a dernièrement précisé sa jurisprudence en ce sens que, dans des cas comme en l'espèce, l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle doit en principe seulement être examinée si la diminution ou la suppression de la rente concerne une personne qui a atteint l'âge de 55 ans ou qui touchait une rente depuis plus de 15 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3; 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3). Or, il appert que l'assurée ne remplissait pas ces conditions dans la présente affaire.

14.
Eu égard à tout ce qui précède, Il appert que l'autorité a agi conformément au droit en supprimant la rente d'invalidité de la recourante à partir du 1er avril 2009 (cf. article 88bis al. 2 let. a RAI prévoyant qu'une suppression de rente intervient au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision). L'acte attaqué doit par conséquent être confirmé et le recours rejeté.

15.
Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de

céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie de Fr. 300.-. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Recommandé avec Avis de réception)
– à l'autorité inférieure (n° de réf.)
– à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les

moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :