Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-3209/2010

Arrêt du 7 juin 2012

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Franziska Schneider, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
représentée par Maître Jean-Marie Allimann,
avenue de la Gare 41, case postale 411, 2800 Delémont 1,
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 8 avril 2010).

Faits :

A.
La recourante A._____, ressortissante portugaise née en 1962, travaille en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance à partir de juin 1986, en dernier lieu en tant qu'aide de cuisine à plein temps dans un hôpital (pce 30 p. 2 n° 4.4-4.5). Ayant dû cesser son activité depuis le 29 mars 1995 pour des raisons de santé (pce 13), elle dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton du Fribourg (ci-après: OAI FR) en date du 6 octobre 1995 (pce 5).

B.
Par décision du 16 juillet 1998 (pce 76), l'OAI FR met l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1er mars 1996. L'administration s'appuyait avant tout sur une expertise pluridisciplinaire du 29 juillet 1997 réalisée au Centre médical d'observation de l'assurance-invalidité à Lausanne (ci-après: COMAI). Les experts retenaient les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et de lombalgies chroniques ainsi que les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation suite à une maladie chronique avec troubles dépressifs (pce 48 p. 12). Selon eux, l'assurée était en mesure de travailler à 50% dans toute activité légère.

C.
Par la suite, l'OAI FR verse à la cause un rapport du 12 mars 1999 établi par le Dr B._____, rhumatologue (pce 80), quatre rapports des 25 février 1999 (pce 78), 5 septembre 1999 (pce 92), 13 septembre 1999 (pce 83) et 6 avril 2000 (pces 96-97) signés par le Dr C._____, interniste traitant de l'assurée et un rapport du 21 octobre 2000 rédigé par le Dr D._____, psychiatre traitant de l'intéressée (pces 104-105). Ce dernier certificat faisait part d'une évolution défavorable de la fibromyaglie liée à une comorbidité psychiatrique importante. L'OAI FR estime que cette documentation justifie de remplacer la demi-rente de l'assurée par une rente entière dès le 1er mars 1999 (pce 106 [ébauche de décision retenant un taux d'invalidité de 100%]). Constatant que l'intéressée a déménagé au Portugal en été 2000, il transmet le dossier à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE), désormais compétent (courrier du 13 février 2001 [pce 109]).

Reprenant les conclusions de l'OAI FR (cf. pce 110), l'OAIE met l'assurée au bénéfice d'une rente entière avec effet au 1er mars 1999 par décision du 17 mai 2001 (pce 111).

D.
Par communication du 12 août 2004 (pce 127), l'OAIE informe l'intéressée que le droit à la rente a été réexaminé et qu'il a été constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente.

E.
En octobre 2008 (pce 132), l'OAIE entame une nouvelle procédure de révision de la rente et récolte dans ce cadre différents documents (cf. notamment questionnaire pour la révision de la rente du 27 novembre 2008 [pce 134]; rapports des 27 novembre 2008 [pce 139 p. 2] et 27 janvier 2009 [pce 139 p. 1] signés par le Dr E._____, médecin traitant de l'assurée au Portugal; rapport médical E 213 du 3 février 2009 [pce 140]; rapport psychiatrique du 19 février 2009 [pce 141 concluant à l'absence de tout trouble psychiatrique avec incidence sur la capacité de travail] et rapport rhumatologique du 13 mai 2009 [pce 142]).

F.
Après avoir soumis le dossier à l'appréciation de son service médical (cf. prises de position des 21 juillet 2009 [pce 145] et 15 novembre 2009 [pce 148]) et effectué une comparaison des revenus (acte du 13 août 2009 faisant apparaître une perte de gain de 56.16% [pce 146]), l'administration informe l'assurée que, sur la base des nouveaux documents reçus et compte tenu des dispositions légales relatives à la révision matérielle des rentes, il entend remplacer la rente entière versée jusqu'alors par une demi-rente (acte du 23 novembre 2009 [pce 149]).

G.
L'assurée, représentée par Maître J.-M. Allimann, conteste ce projet de décision par écriture du 10 décembre 2009 (pce 150). Faisant valoir une péjoration de son état de santé, elle estime présenter une incapacité de travail totale dans toute profession.

H.
Par décision du 8 avril 2010 (pce 160), l'OAIE remplace la rente entière d'invalidité de l'assurée par une demi-rente à partir du 1er juin 2010 (pce 160) en soulignant que les diagnostics mentionnés dans le rapport psychiatrique du 19 février 2009 ne justifient pas une incapacité de travail et

qu'il y a lieu de retenir une amélioration claire de l'état de santé dans le sens d'une diminution de la composante dépressive.

I.
Par acte du 4 mai 2010 (pce TAF 1), l'intéressée 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 déclarer que la recourante a droit à une rente entière au-delà du 31 mai 2010 et, subsidiairement, à renvoyer le dossier de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Par ailleurs, elle produit un rapport médical du 16 avril 2010 avec les cartons d'emballage de différents médicaments et demande à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire complète.

J.
Par ordonnance du 18 mai 2010 (pce TAF 2), le Tribunal administratif fédéral invite la recourante, jusqu'au 18 juin 2010, à remplir le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" et à le retourner avec les moyens de preuve requis. L'assurée s'exécute par acte du 21 juin 2010 (pce TAF 5).

K.
Appelée à se déterminer sur le recours et la nouvelle documentation produite, l'autorité inférieure, après avoir recueilli une prise de position du Service médical de l'assurance-invalidité F._____ (ci-après: SMR) du 20 août 2010 (pce 165), propose le rejet du recours (préavis du 1er septembre 2010 [pce TAF 8]).

L.
Par la suite, les parties confirment leurs conclusions antérieures (cf. réplique du 26 octobre 2010 [pce TAF 10] et duplique du 3 novembre 2010 [pce TAF 12]). Un double de la duplique précitée est transmise à la recourante pour connaissance (ordonnance du 12 novembre 2010 [pce TAF 13]).

M.
Par ordonnance du 27 avril 2012 (pce TAF 14), le Tribunal administratif fédéral informe l'intéressée qu'en l'état du dossier il est possible que le Tribunal de céans puisse admettre partiellement le recours, annuler la décision entreprise lui reconnaissant le droit à une demi-rente dès le 1er juin 2010, et renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire. Pour cette raison et conformément à la jurisprudence en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_310/2011 du 18 juillet 2011

consid. 3.2.4), il lui donne la possibilité de retirer le recours jusqu'au 11 mai 2012.

Dans un mémoire du 30 avril 2012 (pce TAF 15), la recourante avise le Tribunal de céans qu'elle maintient le recours.

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'OAIE.

1.2. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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 euro-

péenne 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 par renvoi statique au droit européen (art. 80*a* LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, 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 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012).

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). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en octobre 2008 (pce 132) et que l'objet du litige porte sur le remplacement de la rente entière de l'assurée par une demi-rente à partir du 1er juin 2010, le droit aux prestations doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012.

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).

5.

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 au sens de la LAI. 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.

6.
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).

7.
En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en remplaçant, avec effet au 1er juin 2010, la rente entière d'invalidité de l'intéressée par une demi-rente 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 révi-

sion, 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.

10.

10.1. Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74ter RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré qu'au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits s'il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

10.2. En l'occurrence, l'administration a remplacé la demi-rente octroyée jusqu'alors à l'assurée par une rente entière en prononçant une décision y afférente le 17 mai 2001 (pce 111) et ensuite confirmé le maintien de cette prestation par communication du 12 août 2004 (pce 127). Dans un acte interne du 8 août 2010 à l'attention de son service médical (pce 164 p. 1), l'autorité inférieure considère que la communication du 12 août 2004 (et non pas la décision du 17 mai 2001) constitue le point de référence pour procéder à la comparaison des faits déterminants. La recourante, à laquelle l'acte précité a été transmis pour connaissance par ordonnance du 28 septembre 2010 [pce TAF 9], ne s'est pas déterminée sur ce point. Le Tribunal de céans prend position comme suit.

Certes, l'administration a récolté plusieurs documents, en grande partie de nature médicale, avant de faire part des résultats de son examen à l'assuré par communication du 12 août 2004 (cf. rapport médical E 213 du 24 mars 2004 [pce 123]; rapport psychiatrique du 19 avril 2004 [pce 124]; rapport rhumatologique du 17 mai 2004 [pce 122] et prises de position du service médical de l'OAIE des 15 décembre 2003 [pce 115] et 10 août 2004 [pce 126]). Toutefois, on ne pouvait parler d'une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit (cf. supra consid. 10.1). En effet, il ressort du dossier que l'autorité inférieure avait confirmé le maintien de la rente entière en se basant principalement sur la prise de position médicale précitée du 10 août 2004 (pce 126). Dans ce document, le Dr G._____, médecin généraliste de l'OAIE, posait les diagnostics de trouble anxieux (non spécifié) et dépressif mixte suite à des difficultés d'adaptation, de fibromyalgie et de problématique psychosociale. Il concluait que, selon les actes au dossier, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré et que les affections avaient pris un caractère chronique, de sorte qu'il y avait toujours lieu de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité. Or, force est de constater qu'en son temps (décision du 17 mai 2001 [pce 111]), la demi-rente de l'assurée avait été remplacée par une rente entière avant tout pour cause de raisons psychiatriques (cf. supra consid. 12.1). Ainsi, dans un rapport psychiatrique du 21 octobre 2000 (pce 104-105), le Dr D._____ soulignait que l'intéressée souffrait non seulement d'un trouble anxio-dépressif mixte mais également d'un trouble de la personnalité limite (dont il n'avait pas été suffisamment tenu compte jusqu'alors) qu'il qualifiait de sévère et qu'il mettait particulièrement en avant pour justifier d'une incapacité de travail totale de la recourante (cf. pce 104 p. 1 n° 3 et p. 4 in fine). Dans ce contexte, il est donc incompréhensible que le Dr G._____ ait retenu sans autre l'absence d'une amélioration de l'état de santé, alors qu'un diagnostic essentiel pour le passage d'une demi-rente à une rente entière (le trouble de la personnalité) n'était plus retenu. A tout le moins, le service médical de l'OAIE aurait dû mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, notamment en soumettant le cas à l'appréciation d'un spécialiste en psychiatrie. Il y a donc lieu de considérer qu'en août 2004, l'autorité inférieure a manifestement violé le principe inquisitoire en reconduisant la rente en l'état du dossier (cf. à ce sujet arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1749/2009 du 1er juillet 2011 consid. 9.2.2 et les références citées; C-3692/2010 du 19 avril 2012 consid. 9.2) et que, par conséquent, la décision du 17 mai 2001 constitue le point de référence pour la comparaison des faits déterminants dans la présente affaire. Par ailleurs, même si par hypothèse l'on devait retenir comme date déterminante le 12 août 2004 pour la comparaison des faits, il convient de souli-

gner que ceci n'aurait pas d'incidence significative pour l'issue de la cause. En effet, comme on l'a vu, le Dr G._____ retient expressément que l'état de santé de l'assurée n'a pas connu d'amélioration depuis l'octroi de la rente entière en mai 2001, ce qui est par ailleurs confirmé par le rapport psychiatrique du 19 avril 2004 (pce 124), dans lequel le Dr H._____ parle d'un état de santé identique à celui constaté lors du retour de l'assurée au Portugal en été 2000 (cf. pce 124 p. 3 in fine et pces 101-102). En ce sens, il y a lieu de conclure qu'en posant uniquement les diagnostics psychiatriques de "trouble anxieux (non spécifié) et dépressif mixte" sans mentionner le diagnostic de trouble de la personnalité sévère, le Dr G._____ s'est exprimé de façon incomplète (sans vouloir faire part d'une modification du tableau clinique sur le plan psychiatrique et des diagnostics retenus en son temps) et s'est ainsi limité à renvoyer à la documentation médicale établie lors de l'octroi initial de la rente entière (à la place d'une demi-rente), c'est-à-dire notamment au rapport psychiatrique du 21 octobre 2000. Ce document devrait donc également être mis au premier plan lors de la comparaison des faits déterminants (voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3.2.2.1).

11.
Il reste à examiner si l'administration se fonde à raison sur le droit de la révision pour justifier d'une réduction des prestations.

12.

12.1. En son temps, la décision du 17 mai 2001 qui remplaçait, avec effet au 1er mars 1999, la demi-rente allouée à l'assurée depuis le 1er mars 1996 par une rente entière se basait avant tout sur un rapport médical du 21 octobre 2000 (pces 104-105) établi par le Dr D._____. Ce praticien posait les diagnostics de trouble anxieux non spécifié (phobies multiples, anxiété sociale de degré de gravité indéterminée), de trouble anxieux et dépressif mixte actuel, de trouble de la personnalité limite, de fibromyalgie, de problèmes psychosociaux et environnementaux (difficultés économiques, misère psychosociale) et d'échelle d'évaluation du fonctionnement, code 50, rendant presque aucune activité possible. Il concluait que l'assurée présentait une fibromyalgie d'évolution défavorable avec une comorbidité psychiatrique importante. Selon lui, la mauvaise structure psychique, qu'on pouvait mettre en évidence si l'on approfondissait suffisamment le cas, justifiait de retenir une incapacité de travail complète (pce 104 p. 4).

12.2. Dans le cadre de la procédure de révision entamée en octobre 2008, le dossier a notamment été complété avec la documentation suivante.

12.2.1. Dans des rapports des 27 novembre 2008 (pce 139 p. 2) et 27 janvier 2009 (pce 139 p. 1), le Dr E._____, médecin traitant de l'assurée (dont la qualification n'est pas connue), retient que la patiente souffre de fibromyalgie et que cette atteinte empêche l'exercice d'une activité lucrative.

12.2.2. Dans un rapport médical E 213 du 3 février 2009 (pce 140), le Dr I._____ (dont la qualification n'est pas connue) pose le diagnostic de fibromyalgie (pce 140 p. 3 n° 7) et relève que l'état mental et émotionnel de l'intéressée est normal (pce 140 p. 2 n° 4.1). Il ne prend pas position quant à la capacité de travail de l'assurée.

12.2.3. Pour sa part, le Dr J._____, psychiatre, retient le diagnostic de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22) sans incidence sur la capacité de travail (rapport du 19 février 2009 [pce 141]).

12.2.4. Le Dr K._____, dans un rapport rhumatologique du 13 mai 2009 (pce 142), pose le diagnostic de fibromyalgie et relève que la patiente se plaint de cervicalgies à caractère mécanique accompagnées d'une perte de force dans les membres supérieurs, de difficultés pour tenir une tasse pleine et pour faire les travaux ménagers; l'intéressée indique aussi une fatigue matinale, une tendance à pleurer facilement, une perte de la libido et de nombreux points douloureux diffus dans les os et muscles.

12.2.5. Invité à se déterminer sur la documentation médicale produite, le Dr L._____, de l'OAIE, relève que, selon le rapport psychiatrique du 19 février 2009, l'assurée est dans une large mesure exempte de troubles, même s'il est fait part d'une tendance à un état anxio-dépressif mixte qui cependant ne saurait en principe avoir des répercussions sur la capacité de travail. En outre, il existerait une symptomatologie douloureuse de l'appareil locomoteur qui a incité le corps médical à retenir le diagnostic de fibromyalgie à défaut d'autres constats pathologiques. Il en infère que l'état de santé permettrait à l'assurée d'accomplir un travail de substitution léger à un taux de 50% (rapport du 21 juillet 2009 [pce 145]).

12.2.6. Cette prise de position est par la suite confirmée par le Dr M._____, psychiatre de l'OAIE (rapport du 15 novembre 2009 [pce 148]). Selon ce praticien, en comparant les données actuelles avec celles du passé, notamment l'expertise du COMAI du 29 juillet 1997 retenant une patiente incapable de se projeter dans l'avenir avec perte d'espoir et d'élan vital, il y aurait clairement une amélioration de l'état de santé dans le sens d'une diminution de la composante dépressive.

12.2.7. En procédure de recours, l'assurée verse à la cause un nouveau certificat du Dr E._____ qui fait part d'une fibromyalgie, d'un syndrome dépressif chronique chez une assurée se trouvant en procédure de divorce et d'un syndrome vertigineux (rapport du 16 avril 2010 [pce TAF 1, annexe 4]).

12.2.8. Appelé à se déterminer, le Dr N._____, du SMR, confirme l'estimation antérieure du Dr M._____ (rapport du 20 août 2010 [pce 165]).

13.
Cela étant, il convient de rappeler ce qui suit.

13.1. Les conditions pour procéder à une révision matérielle ne sont pas remplies lorsque l'on se trouve en présence d'une appréciation juridique ou médicale divergente d'un état de fait resté pour l'essentiel identique. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf., parmi d'autres, arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées). Partant, une conclusion médicale qui diffère d'une autre plus ancienne quand bien même l'état de santé effectif n'a pas connu de changement découle le plus souvent d'une appréciation médicale exercée différemment. Une modification des paramètres de référence médico-assécurologiques pour juger de l'invalidité selon la LAI peut également conduire à une estimation médicale divergente en rapport avec un état de fait resté identique. Ainsi, une nouvelle appréciation médicale qui se base par exemple sur l'évolution de la jurisprudence en rapport avec les affections psychosomatiques (cf. supra consid. 5) ne saurait suffire pour remettre en question le droit aux prestations que ce soit sous l'angle de l'art. 17 LPGA ou à un autre tire (ATF 135 V 201 et 215; voire toutefois la disposition finale a de la modification de la LAI en vigueur à partir du 1er janvier 2012 et non applicable en l'espèce [cf. supra consid. 3]). Par conséquent, ce n'est qu'en présence d'une modification notable de l'état des faits qu'il est possible de tenir compte d'un changement de jurisprudence intervenu depuis l'octroi des prestations (cf. arrêt

du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et les références citées).

13.2. Pour déterminer si un changement permettant de fonder une révision matérielle est donné dans un cas d'espèce, il sied de comparer l'état de santé antérieur à l'état actuel. L'objet de la preuve est donc la présence d'une différence significative au sens de l'art. 17 LPGA, étant précisé que, dans la présente affaire, celle-ci doit ressortir de la documentation médicale versée au dossier dans le cadre de la procédure de révision. Il s'ensuit que le relevé des constats portant sur l'état de santé actuel et ses répercussions fonctionnelles constitue certes le point de départ de l'appréciation médicale; il ne peut toutefois être déterminé de manière indépendante. En effet, il est seulement pertinent pour l'issue de la cause dans la mesure où il démontre une différence effective dans l'état des faits par rapport à la situation médicale antérieure. La valeur probante d'une expertise exécutée dans le cadre d'une révision dépend donc essentiellement du point de savoir si elle se rapporte de façon suffisante à la preuve requise, à savoir à un changement notable de l'état des faits. Il en découle qu'une appréciation médicale en soi complète, claire et concluante ─ à laquelle il conviendrait d'accorder la préséance dans le cadre de la détermination initiale du droit à la rente ─ ne présente en principe pas la valeur probante juridiquement requise si cet avis (qui diffère d'une estimation antérieure) ne se prononce pas de façon suffisante quant au changement effectif de l'état de santé. Une exception à cette règle se justifie uniquement s'il paraît évident que la situation médicale a évolué (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 et les références citées).

13.3. Compte tenu du caractère comparatif de l'objet de la preuve en matière de révision et de la nécessité de délimiter les changements significatifs de l'état des faits d'une simple appréciation divergente, il doit apparaître que les faits qui sont mis en avant pour justifier d'un changement sont nouveaux ou que les faits ayant déjà existés antérieurement se sont substantiellement modifiés dans leur nature ou leur ampleur. Ainsi, selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus dans le cadre d'une procédure de révision soient restés identiques à ceux posés antérieurement n'exclut certes pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant une modification notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit nécessite toutefois un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (voi-

re 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). En outre, une démarcation crédible entre changement effectif ou seulement supposé n'est pas atteinte au niveau de la preuve requise, lorsque seulement des différences nominatives quant aux diagnostics sont retenues. En revanche, la constatation d'une modification effective par rapport à l'état antérieur est suffisamment démontrée, lorsque l'expert fait part des points de vue concrets dans le développement de la maladie et l'évolution de l'incapacité de travail qui l'ont conduit à poser de nouveaux diagnostics et une nouvelle appréciation de l'étendue des troubles. Dans la règle, un expert ne peut décrire l'évolution de l'état de santé de par ses propres observations (à moins qu'il ait lui-même rédigé l'expertise antérieure). Il est ainsi nécessaire qu'autant que possible, il expose de manière détaillée les faits qui ressortent de la documentation médicale déterminante lors de la décision antérieure. Une expertise qui ne tient pas suffisamment compte de la situation médicale antérieure ne revêt pas une valeur probante suffisante pour emporter la conviction et cela même si les conclusions qui sont tirées des constats relevés par l'expert sont en soi concluantes. Ce critère pour apprécier la preuve a donc une importance particulière vu les fondements nécessaires pour se déterminer en matière de révision ─ sous l'angle de leur caractère comparatif ─ à laquelle l'administration se doit de tenir compte notamment en mettant l'accent sur cet aspect lors de la rédaction des questions posées aux experts (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et les références citées).

13.4. Plus l'appréciation médicale entre en ligne de compte dans la pose d'un diagnostic et l'estimation médicale des limitations fonctionnelles, plus il est important que le constat de l'expert quant à une modification de l'état de santé repose le plus possible et de façon substantielle sur des constatations cliniques, des observations comportementales lors de l'examen d'expertise ou des données relatives à l'anamnèse et que ces éléments soient mis en rapport avec la documentation médicale antérieure et les points de rattachement retenus en son temps. Ce n'est que de cette façon qu'il peut ressortir de l'expertise de façon suffisamment fiable que la différence ressortant des conclusions ne relève pas pour l'essentiel d'une appréciation différente. D'un autre côté, le fait qu'un autre avis médical ne suffise pas pour procéder à une révision matérielle du droit aux

prestations, ne doit pas conduire à ce que les exigences afférentes à la preuve d'une modification soient tellement élevées que pratiquement on ne puisse revenir sur l'appréciation initiale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2011 du 3 janvier 2012 consid. 5.3.1). Cela vaut notamment pour les avis psychiatriques dans lesquels une marge d'appréciation est pratiquement toujours donnée dans le cadre de laquelle différentes interprétations médicales sont possibles, admises et à respecter, pour autant que l'expert ait procédé de lege artis. Dans une telle constellation, les appréciations ne peuvent pas toujours être démontrées sans faille sur la base d'une description des faits. Lors d'un avis fortement empreint d'une appréciation qui relève moins d'une constatation déterminée par des mesures ou autres moyens que sur des constats sujets à interprétation, une discussion portant notamment sur la genèse de l'atteinte à la santé et les facteurs entretenant les constats cliniques de la maladie peut être d'une importance particulière en rapport avec la preuve d'un changement effectif de l'état de santé (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et 5; 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3; 9C_688/2010 du 24 janvier 2011 consid. 4.4; 8C_49/2011 du 12 avril 2011 consid. 6; 9C_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 5; 9C_160/2011 du 13 décembre 2011 consid. 4.1; voire aussi arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6759/2009 du 3 mai 2009 consid. 10; C-2195/2010 du 23 janvier 2012 consid. 10).

14.

14.1. En l'espèce, l'administration fait valoir que l'état de santé de l'assurée s'est significativement amélioré sur le plan psychique, ce qui, selon elle, ressortirait clairement du rapport psychiatrique du 19 février 2009 signé par le Dr J._____ et justifierait de remplacer la rente entière par une demi-rente au 1er juin 2010 (voire préavis du 1er septembre 2010 [pce TAF 8]). Cela étant, le Tribunal de céans relève que, dans un rapport du 21 octobre 2000 (pces 104-105), le Dr D._____ a conclu que l'assurée, en sus de la fibromyalgie, souffrait d'un trouble de la personnalité limite sévère qu'il a considéré comme une comorbidité psychiatrique importante (pce 104 p. 3) et a en outre retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (pce 104 p. 2). Or, le Dr J._____ ne fait aucune allusion à ce rapport ni à tout autre certificat médical rédigé antérieurement à son examen (cf. certificat du 19 février 2009 [pce 141]). On ne saurait donc parler d'un avis dûment motivé et rendu en pleine connaissance de l'anamnèse comme le requiert la jurisprudence. De surcroît, le médecin précité retient certes le diagnostic de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22) en soulignant que, selon

lui, cette affection est d'une intensité tellement discrète qu'elle ne peut entraîner une quelconque incapacité de travail. Ce faisant, il ne prend toutefois aucunement position sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée (en particulier sur un amendement notable du trouble de la personnalité retenu par le Dr D._____), ce qui amoindrit considérablement la valeur probante de son estimation (cf. à ce sujet supra consid. 13), d'autant plus que, lors de l'octroi d'une demi-rente par décision du 16 juillet 1998 puis d'une rente entière par décision du 17 mai 2001, la question des diagnostics à retenir portant sur les troubles psychiatriques ainsi que de leur répercussion sur la capacité de travail de la recourante était jugée de façon controversée par le corps médical (cf. expertise du COMAI du 29 juillet 1997 [pce 48] et rapport psychiatrique du 21 octobre 2000 [pces 104-105]). Par ailleurs, l'argumentation développée par le service médical de l'OAIE (cf. prise de position du Dr L._____ du 21 juillet 2009 [pce 145], rapport du Dr M._____ du 15 novembre 2009 [pce 148] et certificat du Dr N._____ du 20 août 2010 [pce 165]) ne permet pas de remédier à cette insuffisance, dès lors que, pour juger d'une amélioration de l'état de santé sur le plan psychiatrique, ces praticiens ─ qui au demeurant n'ont pas examiné eux-mêmes l'assurée ─ ne se réfèrent aucunement au rapport du 21 octobre 2000 signé par le Dr D._____ (pces 104-105), pourtant déterminant (cf. supra consid. 12.1), mais avant tout à l'expertise pluridisciplinaire du COMAI du 29 juillet 1997 (pce 48; cf. supra let. B). Or, dans ce document, le Dr O._____, psychiatre, a expressément retenu que les atteintes psychiatriques (à savoir troubles de l'adaptation suite à une maladie chronique avec troubles dépressifs) n'entraient pas en ligne de compte pour justifier de l'incapacité de travail et les experts du COMAI ont finalement retenu que seules les lombalgies et la fibromyalgie revêtaient un caractère incapacitant au sens de la LAI (cf. pce 48 p. 11-12 et supra let. B). Dans ces circonstances, il n'est donc pas sans autre concluant que l'expertise du 29 juillet 1997 puisse servir de référence pour démontrer une amélioration significative de l'état de santé (avec répercussion sur la capacité de travail) en rapport avec la composante psychiatrique. Finalement, on relève que, selon la jurisprudence, une expertise pluridisciplinaire tenant compte des aspects rhumatologique et psychiatrique constitue la mesure d'instruction optimale pour juger des répercussions de la fibromyalgie sur la capacité de travail d'un assuré (cf. supra consid. 5 in fine). En l'occurrence, il appert toutefois que l'administration n'a pas procédé à un tel examen et que les actes au dossier ne sauraient suffire pour combler cette lacune. Ainsi, le Dr K._____, dans son rapport rhumatologique du 13 mai 2009 (pce 142), ne donne aucune évaluation quant à la capacité de travail de l'assurée. Il en va de même du rapport médical E 213 du 3 février 2009 dans lequel le Dr I._____ ne

répond pas aux questions sur ce point (pce 140 p. 5-6). Dans ces conditions, il y a lieu de conclure que l'administration a manifestement violé le principe inquisitoire en rendant sa décision en l'état du dossier, d'autant que le Dr J._____, dans son rapport du 19 février 2009 (pce 141), indiquait expressément que l'incapacité de travail devait être déterminée par un spécialiste en rhumatologie et que le Dr E._____, médecin traitant de l'assurée, retenait que la fibromyalgie faisait obstacle à l'exercice de toute activité lucrative de la part de sa patiente (rapports des 27 novembre 2008 [pce 139 p. 2] et 27 janvier 2009 [pce 139 p. 1]).

14.2. Eu égard à l'ensemble de ces éléments, le Tribunal de céans se trouve dans l'impossibilité de déterminer si l'avis du Dr J._____ constitue un jugement différent d'un état de fait resté identique ou si un changement significatif de l'état de santé s'est effectivement produit depuis le 17 mai 2001. Un complément d'instruction s'avère donc indispensable pour se prononcer valablement en l'espèce (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 4.4). Vu l'importance des lacunes constatées sur des points déterminants (notamment manque d'une expertise pluridisciplinaire; violation manifeste du principe inquisitoire; cf. supra consid. 14.1), il se justifie, en accord avec la jurisprudence en la matière (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), de renvoyer l'affaire à l'administration afin qu'elle procède à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

15.

15.1. Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

15.2. Il convient d'allouer au mandataire de la recourante une indemnité globale de dépens de Fr. 2'500.-- (cf. art. 64 al. 1 PA, en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2 selon lequel la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque celle-ci est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire). En

l'absence de note de frais, le montant des dépens est fixé en tenant compte de l'ensemble des circonstances, notamment de l'ampleur du travail requis, des mémoires produits par la recourante et des difficultés juridiques inhérentes à la présente affaire.

15.3. Eu égard à ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire complète est devenue sans objet.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 8 avril 2010 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et prise d'une nouvelle décision.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.
Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- à charge de l'autorité inférieure.

4.
La demande d'assistance judiciaire formulée dans le recours est devenue sans objet.

5.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Acte judiciaire)
– à l'autorité inférieure (n° de réf.)
– à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée 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. 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 :