



---

Cour III  
C-112/2011

## Arrêt du 25 septembre 2012

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,  
Barbara Scherer, greffière.

---

Parties

X. \_\_\_\_\_,  
représentée par Intégration Handicap, Fédération suisse  
pour l'intégration des handicapés, place Grand-Saint-Jean 1,  
1003 Lausanne,  
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 23 novembre 2010.

**Faits :****A.**

La ressortissante suisse X.\_\_\_\_\_, née le [...] 1958, a travaillé en Suisse en qualité d'aide-soignante du 1<sup>er</sup> novembre 1993 au 23 septembre 1997 (pces 21 et 41). Par prononcé du 27 avril 1999, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI-FR) lui a octroyé une rente d'invalidité entière dès le 9 octobre 1998 pour un taux d'invalidité de 82% (pce 47). Les rapports médicaux versés en cause ont alors mis en exergue un trouble dépressif majeur sévère, sans caractéristique psychotique (F 32.2), et une fibromyalgie sévère avec persistance du facteur rhumatoïde (cf. notamment certificats du Dr A.\_\_\_\_\_ des 17 janvier 1999 et 5 avril 2000 [AI pces 35 et 53] et certificats du Dr B.\_\_\_\_\_ des 24/27 mars 1999 et 13 avril 2000 [AI pces 43 et 54]).

**B.**

Par communications des 1<sup>er</sup> mai 2000 et 31 août 2004, l'OAI-FR a confirmé la rente entière d'invalidité (AI pces 56 et 75).

**C.**

En mars 2007, l'intéressée s'est installée en Colombie (AI pce 86).

**D.**

Le 27 novembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) alors compétent introduit une nouvelle révision de la rente (AI pce 89). Dans le cadre de cette procédure, sont notamment produits les documents suivants :

- un questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage daté du 28 février 2009 duquel il ressort que l'assurée se fait aider dans la plupart des tâches ménagères par son mari et par une tierce personne qui est engagée pour un à deux jours par semaine (AI pce 95);
- diverses ordonnances médicales (notamment AI pces 99 à 101, 108, 117, 118, 123, 124, 145, 149, 157 et 158, 162);
- un certificat médical du 6 mai 2008 du Dr A.\_\_\_\_\_, lequel relève notamment des cervico-dorsalgies persistantes dans un contexte psycho-social chargé ainsi qu'un syndrome du colon statique avec diverticulose. L'intéressée suit un traitement médicamenteux qui

consiste en antalgique, relaxant musculaire, somnifère et antidépresseur (AI pce 102);

- divers résultats de laboratoires (notamment pces AI 105 à 107 et 112 à 115, 119, 120, 126, 127, 133 à 137, 140 à 143, 152 à 153, 160, 161),
- les résultats d'une mammographie effectuée le 7 juillet 2008 par le Dr C.\_\_\_\_\_, de laquelle il ressort une densité mammaire élevée, sans preuve de lésions des seins (AI pce 131),
- le résultat d'une échographie mammaire bilatérale effectuée le 16 juillet 2008 par le Dr D.\_\_\_\_\_, qui ne relève pas de lésions solides ou kystiques (AI pce 138);
- une attestation du 22 janvier 2009 du Dr E.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui traite l'intéressée depuis le 15 janvier 2008 en raison d'un état dépressif avec anxiété de large évolution (AI pce 150);
- un certificat médical du 19 février 2009 du Dr F.\_\_\_\_\_, neurologue, qui diagnostique un microprolactinome avec hyperprolactinémie (AI pce 154);
- une attestation du 20 février 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologique, qui diagnostique une arthrite rhumatoïde et une fibromyalgie secondaire (AI pce 159);
- un certificat médical du 26 février 2009 du Dr H.\_\_\_\_\_, lequel note le diagnostic d'arthrite rhumatoïde, de fibromyalgie, de trouble dépressif et d'hyperprolactinémie (AI pce 165);
- l'avis du 2 juin 2009 du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional de l'Assurance-invalidité (SMR Rhône), qui relève que la fibromyalgie est déclarée sans changement et qu'aucun élément ne permet de suspecter une péjoration de l'état dépressif (AI pce 168);
- un certificat médical de la Dresse J.\_\_\_\_\_, endocrinologue-nutritionniste, qui, le 13 juillet 2009, diagnostique une arthrite rhumatoïde, un microprolactinome, un climatère ainsi qu'une dépression (AI pce 184, p. 2);
- un certificat médical du 30 septembre 2009 établi par le Dr E.\_\_\_\_\_ qui note une amélioration de l'état de santé psychique de l'intéressée,

son état affectif étant plus stable, sans dépression, son anxiété ayant en outre diminué (AI pce 185);

- l'expertise rhumatologique du 14 octobre 2009 effectuée par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel diagnostique, sur le plan somatique, des douleurs généralisées sans altérations somatiques décelables à valeur explicative suffisante (sous forme de panalgie, syndrome fibromyalgique, rhumatisme généralisé des parties molles, syndrome douloureux somatoforme), une arthrite rhumatoïde, un prolactinome en nette régression depuis le traitement de Prolostat, des troubles fonctionnels gastro-intestinaux et un status après hystérectomie en 1994. Cet expert estime que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé en 2006 par l'apparition d'une arthrite rhumatoïde, malgré l'absence actuelle de signes cliniques. Par contre, les autres diagnostics somatiques ne jouent pas de rôle dans l'appréciation de l'invalidité. En raison de l'arthrite rhumatoïde, le Dr K.\_\_\_\_\_ estime les incapacités de travail suivantes : 30% comme aide-infirmière, 20 à 40% comme secrétaire-comptable, selon l'importance du travail au clavier (PC/machine à écrire – sollicitation des doigts), 10% dans une activité adaptée légère, impliquant des changements de position (par exemple des fonctions de surveillance, la réception dans une institution, etc.) et 20% sur le plan de la tenue du ménage (AI pce 186);
- l'expertise psychiatrique du 26 octobre 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, qui retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et de difficultés liées à la situation familiale (Z63). Le psychiatre remarque que l'épisode dépressif n'est que peu marqué et que des angoisses ne sont pas objectivables; il y a toutefois des craintes hypocondriaques qui font partie du tableau de "syndrome douloureux somatoforme persistant". Il constate également une comorbidité psychique qui est peu marquée et remarque que l'effort de volonté nécessaire pour gérer les douleurs est raisonnablement exigible; d'un point de vue psychiatrique, il admet dès lors une limitation de la capacité de travail de 30% dès septembre 2009 que ce soit dans l'activité d'aide-soignante, de secrétaire-comptable, dans la conduite du ménage ou dans toute autre activité de substitution exigible (AI pce 190).
- l'appréciation interdisciplinaire des Drs L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2009 de laquelle il ressort la conclusion que l'assurée peut

exercer son ancienne activité à 40-50% et que ses plaintes psychiques et physiques se recouvrent (AI pce 189).

**E.**

Dans son rapport final du 4 janvier 2010, le Dr I. \_\_\_\_\_ de l'OAIE retient le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, actuellement sans signe d'activité inflammatoire (M05.9) et un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4). Selon ce médecin, l'incapacité de travail est, dès septembre 2009, de 50% dans l'activité habituelle, 20% dans les travaux ménagers et 10% dans une activité adaptée, soit des activités légères ou moyennement lourdes avec changement de positions (AI pces 193 et 194).

**F.**

Le 19 janvier 2010, l'OAIE a calculé un degré d'invalidité de 30% dès septembre 2009, appliquant la méthode mixte de l'évaluation de l'invalidité; X. \_\_\_\_\_ a exercé son ancienne activité d'aide infirmière à temps partiel (34 heures/semaine au lieu de 42.30 heures/semaines; cf. questionnaire pour l'employeur du 28 février 1999; AI pces 41 et 195).

**G.**

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2010, l'OAIE signifie à X. \_\_\_\_\_ qu'il entend supprimer sa rente d'invalidité, sa perte de gain n'étant plus que de 30% (AI pce 196).

**H.**

Par le biais de sa mandataire, L. \_\_\_\_\_ forme opposition contre le projet de décision en date des 25 février et 7 mai 2010, arguant pour l'essentiel que son trouble dépressif majeur sévère reste marqué et que son apparence soignée et son attitude durant la consultation avec le Dr L. \_\_\_\_\_ ne constituent pas un argument suffisant pour attester une amélioration de son état de santé psychique. En ce qui concerne le diagnostic de l'arthrite rhumatoïde, elle avance que le projet de décision n'a pas évalué l'ensemble des pièces du dossier; elle relève également que le Dr K. \_\_\_\_\_ a mentionné que le diagnostic d'arthrite rhumatoïde peut être considéré comme probable sur la base des dossiers; or, une limitation de la capacité de travail ne peut pas être posée que sur la base d'un diagnostic considéré comme probable, de sorte que des examens complémentaires devraient être effectués. En outre, le projet de décision final n'est pas en lien avec le degré de capacité de travail retenu par les experts et la suppression de la rente aurait pour conséquence une aggravation de son état de santé (AI pces 201 et 207).

X.\_\_\_\_\_ joint à son opposition :

- une attestation médicale du 5 mai 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a suivi l'assurée de 1999 jusqu'à son départ en Colombie et qui l'a revue en consultation les 9 octobre, 4 et 17 novembre ainsi que le 18 décembre 2009. Ce psychiatre note un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger et des difficultés liées à la situation familiale. Il a également observé une amélioration de l'état dépressif qui, de sévère, est devenu léger. Le médecin conclut à une incapacité de travail de 82% dans l'ancienne activité professionnelle et de 30%, dans le meilleur des cas, dans une activité adaptée (AI pce 206),
- une attestation du 20 avril 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_ (AI pce 205, p. 1),
- un résumé de l'historique clinique non daté établi par le Dr E.\_\_\_\_\_ (AI pce 205, p. 2),
- des résumés de sa situation médicale établis par le Dr H.\_\_\_\_\_ (AI pce 205, p. 3 à 13).

#### I.

Tenant compte des observations de X.\_\_\_\_\_ et après avoir traduit la documentation médicale, l'OAIE invite le Dr K.\_\_\_\_\_ à se déterminer (AI pce 212). Dans son avis du 20 août 2010, ce dernier confirme entièrement ses conclusions antérieures, retenant en particulier, le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde, actuellement en rémission totale. D'après lui, des examens complémentaires ne sont pas nécessaires. L'expert précise également que le Dr K.\_\_\_\_\_ et lui-même ont estimé l'incapacité de travail de l'intéressée à un degré très élevée par rapport à un tableau clinique très discret (AI pce 213).

L'OAIE demande ensuite l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_ qui maintient le 12 octobre 2010 les conclusions de son rapport final du 4 janvier 2010 à l'exception de la correction du taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée à 30% (en lieu et en place de 10%). Il relève notamment que le Dr B.\_\_\_\_\_ retient les mêmes diagnostics que le Dr L.\_\_\_\_\_ et que le rapport non daté du Dr E.\_\_\_\_\_ et les notes manuscrites signées du Dr H.\_\_\_\_\_ ne contiennent aucun élément objectif nouveau (AI pce 215).

L'OAIE effectue alors un nouveau calcul du taux d'invalidité de X.\_\_\_\_\_, déterminant un taux de 42% (AI pce 217).

**J.**

Par décision du 23 novembre 2010, l'OAIE supprime le droit de l'intéressée à la rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le quart de rente n'étant pas versé en Colombie (AI pce 219).

**K.**

Le 6 janvier 2011, X.\_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision de l'OAIE, concluant à la réforme de la décision en ce sens qu'elle continue, après le 31 décembre 2010, avoir droit à une rente d'invalidité entière. Elle se base sur le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ qui reconnaît l'existence d'un trouble invalidant, l'ensemble des circonstances l'empêchant de façon intensive et constante de surmonter ses douleurs, ne disposant pas de ressources psychiques nécessaires pour les gérer (TAF pce 1). La recourante note le 10 février 2011, qu'elle souffre toujours, dans la même intensité, d'un trouble somatoforme douloureux qui a amené l'assurance-invalidité à lui reconnaître en 1999 une rente d'invalidité entière (TAF pce 3).

**L.**

En février 2011, X.\_\_\_\_\_ retourne vivre en Suisse (cf. certificat d'établissement du 21 février 2011 [AI pce 228]). Par courrier du 24 février 2011, elle demande à l'OAIE le versement d'un quart de rente (AI pce 229).

**M.**

Par réponse au recours du 29 mars 2011, l'OAIE propose son rejet et la confirmation de la décision litigieuse. Il soulève que l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ conclut à l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante, la vulnérabilité psycho-affective signalée par le Dr B.\_\_\_\_\_ n'ayant pas été prise en compte par le Dr L.\_\_\_\_\_ parce qu'elle est moins manifeste actuellement. La forte discordance qui existe entre l'état psychique réel de l'assurée et l'impression qui se dégage d'elle n'est pas un facteur déterminant. Enfin, le quart de rente n'est pas versé en Colombie, pays où l'assurée vivait quand la décision de révision a été rendue (TAF pce 5).

**N.**

X.\_\_\_\_\_ réplique en date du 1er juin 2011, maintenant sa position. Elle argue qu'il n'y a pas motif à révision, l'amélioration de son trouble

dépressif n'étant que légère. Dans la mesure où les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ sont en contradiction avec celles du Dr L.\_\_\_\_\_, elle demande à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par le Tribunal (TAF pce 13).

**O.**

Le 5 septembre 2011, l'assurée s'acquitte de l'avance de frais de Fr. 400.- dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 6, 20, 22 et 23).

**P.**

Par duplique du 26 septembre 2011, l'OAIE réitère sa proposition de rejet du recours, soulevant que le droit à la rente d'invalidité de X.\_\_\_\_\_ a bien été modifié en raison de l'amélioration de l'état de santé psychique de celle-ci (TAF pce 25).

**Droit :**

**1.**

**1.1** Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

**1.2** La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable (art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA en relation avec art. 37 LTAF). Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge pas (art. 1 al. 1 LAI).

**1.3** X.\_\_\_\_\_ a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégée à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

**1.4** Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été

dûment acquittée, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fond du recours.

## **2.**

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal saisi se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; MOSER/BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e Edition, Zurich 1998, n. 677).

## **3.**

L'examen du droit à des prestations de l'assurance-invalidité s'agissant d'une révision de rente est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008 sont déterminantes. Les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision (premier volet), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont par contre pas applicables.

## **4.**

**4.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En Suisse, l'assurance-invalidité ne couvre pas le risque de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire de l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle. Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, elle n'est pas réputée invalide au sens de la loi suisse (chiffre 1021 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI).

**4.2** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. La personne assurée a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2).

Les quarts de rentes, correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50%, ne sont en principe versés qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (l'art. 29 al. 4 LAI). En particulier, les quarts de rentes ne sont pas versés en Colombie.

## **5.**

La fibromyalgie dont le diagnostic est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, entre dans la catégorie des affections psychiques qui nécessite en principe une expertise psychiatrique pour déterminer son incidence sur la capacité de travail de la personne atteinte (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le Tribunal fédéral a établi que la fibromyalgie n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail de la personne malade pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi suisse. En effet, la plupart des patients atteints de ces troubles ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Il existe une présomption, qui à certaines conditions peut être renversée, que la fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées).

## 6.

**6.1** Selon l'art. 17 al. 1 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, réduite ou supprimée en conséquence.

**6.2** Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de loi, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, aboutissant, après un examen matériel, à une modification du droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2.3).

**6.3** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RÜEDI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

**6.4** La diminution ou la suppression de la rente prend effet en principe, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement (cf. art. 88bis al. 1 let. a RAI).

## 7.

**7.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Avant de conférer

pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal des assurances sociales s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

**7.2** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

## **8.**

**8.1** Dans le cas concret, le litige porte sur la suppression, respectivement sur la réduction de la rente d'invalidité entière de X.\_\_\_\_\_, l'OAIE ayant déterminé un taux d'invalidité de 42%. En l'occurrence, combien même la rente entière a été confirmée lors des deux révisions antérieures, la question de savoir si l'on est en présence de circonstances susceptibles d'influencer le degré d'invalidité de la recourante doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 27 avril 1999, au moment de la décision initiale, et ceux qui ont existé le 23 novembre 2010, au moment de la décision querellée (cf. consid. 6.2).

**8.2** En 1999, la rente d'invalidité entière a principalement été octroyée en raison d'un trouble dépressif majeur sévère, sans caractéristique psychotique (F 32.2) et d'une fibromyalgie sévère avec persistance du facteur rhumatoïde (cf. notamment certificats du Dr A.\_\_\_\_\_ des 17 janvier 1999 et 5 avril 2000 [AI pces 35 et 53] et certificats du Dr B.\_\_\_\_\_ des 24/27 mars 1999 et 13 avril 2000 [AI pces 43 et 54]).

En 2010, l'OAIE fonde sa décision sur les rapports d'expertise des Drs L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ des 14, 26 et 29 octobre 2009. Ces derniers ont principalement observé une arthrite rhumatoïde, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent léger (expertise rhumatologique du 14 octobre 2009 et expertise psychiatrique du

26 octobre 2009 [AI pces 186 et 191]). Le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé en raison de l'arthrite rhumatoïde, survenue en 2006, une incapacité de travail de 30% dans l'ancienne activité d'aide-infirmière, de 20% dans le ménage et de 10% dans une activité adaptée légère. Le Dr L.\_\_\_\_\_, pour sa part, ayant constaté une amélioration de l'état de santé psychique, a évalué l'incapacité de travail à 30% dès septembre 2009. D'une manière interdisciplinaire, ces deux experts ont estimé que l'incapacité de travail dans l'ancienne activité d'aide-infirmière était de 40-50%. Ils ont en outre noté que les troubles psychiques recouvrent les troubles physiques (AI pces 186, 189 et 191). Se basant sur ces expertises, le Dr I.\_\_\_\_\_ de l'OAIE a retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, actuellement sans signe d'activité inflammatoire (M05.9) et un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4). Selon ce médecin, l'incapacité de travail est, dès septembre 2009, de 50% dans l'activité habituelle, de 20% dans les travaux ménagers et de 30% dans une activité adaptée, soit des activités légères ou moyennement lourdes impliquant des changements de positions (cf. les avis des 4 janvier et 12 octobre 2010 [AI pces 193, 194 et 215]).

X.\_\_\_\_\_ se réfère dans son recours au rapport du 5 mai 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_, son psychiatre traitant en Suisse. Ce médecin, tout en soulignant qu'il y a un décalage entre l'impression qui se dégage de sa patiente et son état psychique et qu'elle souffre d'une importante vulnérabilité psycho-affective, pose le même diagnostic que le Dr L.\_\_\_\_\_, à savoir principalement un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Il relève également l'amélioration de l'état dépressif de sa patiente, qui de sévère, est devenu léger. Il explique cette amélioration par l'effet conjugué d'un traitement bien conduit et la diminution du niveau de stress auquel la patiente est soumise et formule quelques réserves quant à savoir comment l'état de santé de sa patiente évoluerait si elle était de nouveau soumise à un stress professionnel. Néanmoins, il estime que X.\_\_\_\_\_ présente une capacité de travail de 70% au plus dans une activité adaptée à son état de santé, se ralliant expressément à l'évaluation du Dr L.\_\_\_\_\_. Par contre, à l'encontre du Dr L.\_\_\_\_\_ (et du Dr K.\_\_\_\_\_), le Dr B.\_\_\_\_\_ estime que l'incapacité de travail dans l'ancienne profession reste de 82% (AI pce 206).

Contrairement aux griefs de X.\_\_\_\_\_, le Tribunal constate alors qu'il n'existe pas de divergences d'opinion significatives entre le Dr L.\_\_\_\_\_ et le Dr B.\_\_\_\_\_. Les diagnostics des deux médecins sont parfaitement concordants - notamment, le Dr L.\_\_\_\_\_ admet la présence d'une co-

morbidité psychiatrique (cf. avis des 26 et 29 octobre 2009 [AI pce 189 et 191 p. 9] – et ces psychiatres évaluent d'une façon similaire la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée qu'ils fixent à 70%. Dans ces conditions, une expertise judiciaire, demandée par l'assurée, en raison d'une divergence d'opinion prétendue, est superflue.

Le Tribunal ne peut pas non plus suivre l'assurée qui soulève que son état de santé ne s'est pas modifié notablement. Le Dr L.\_\_\_\_\_ et le Dr B.\_\_\_\_\_ soulignent expressément qu'il y a eu une amélioration de l'état dépressif qui, de sévère, est devenu léger. Le Dr E.\_\_\_\_\_, le psychiatre traitant de la recourante en Colombie, note lui aussi dans son certificat médical du 30 septembre 2009 une amélioration de l'état de santé psychique de sa patiente, son état affectif étant plus stable, sans dépression et son anxiété ayant diminué (AI pce 185). Les Drs L.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ admettent alors une capacité de travail plus élevée; en particulier, le Dr B.\_\_\_\_\_, contrairement à ses avis médicaux des 24/27 mars 1999 et du 13 avril 2000 (AI pces 43 et 54), a estimé le 5 mai 2010 une capacité de travail de 70% au plus dans une activité adaptée (AI pce 206), rejoignant ainsi l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_ (cf. ci-dessus). Les conditions pour réviser la rente d'invalidité de la recourante sont donc réunies.

Tenant compte de tous les problèmes physiques et psychiques de X.\_\_\_\_\_, le Dr I.\_\_\_\_\_ a fixé la capacité de travail de l'assurée à 30% dans une activité professionnelle adaptée et à 20% dans les travaux ménagers (cf. les avis des 12 octobre 2010 [AI pces 193, 194 et 215]). L'estimation du Dr I.\_\_\_\_\_ paraît fondée, les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ayant indiqué une capacité de travail résiduelle de 40-50% dans l'ancienne activité d'aide-infirmière; or, sans doute, l'ancienne activité professionnelle comporte plus de stress et est plus lourde au niveau physique qu'une activité légère d'ouvrière non qualifiée ou un travail de réception etc., adapté à l'état de santé de l'assurée. Cette évaluation rejoint aussi les appréciations individuelles des Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, le premier ayant retenu, sur le plan physique, une incapacité de travail de 10% dans une activité adaptée légère et de 20% dans le ménage et le deuxième médecin, ayant attesté, sur le plan psychiatrique, une incapacité de 30%. Ces médecins ont en outre indiqué, que les plaintes physiques et psychiques de l'intéressée se recouvrent. Du reste, le Dr B.\_\_\_\_\_ a également admis une incapacité de 30% dans une activité adaptée (cf. ci-dessus).

Au vu de ce qui précède, l'autorité de céans note que la capacité de travail de X.\_\_\_\_\_ s'est notablement améliorée. Le Tribunal fait sienne l'appréciation du Dr I.\_\_\_\_\_ et considère que la capacité de travail s'élève à 70% dans une activité professionnelle adaptée légère et à 20% dans l'activité ménagère.

## 9.

Il convient encore de déterminer le taux d'invalidité de X.\_\_\_\_\_. En effet, d'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, que la personne assurée puisse améliorer sa capacité de gain. Partant, il faut procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité. En l'occurrence, la recourante ne soulève aucun grief en la matière.

**9.1** Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Quant aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative, l'invalidité est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28 al. 2bis LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 respectivement art. 28a al. 2 LAI en vigueur depuis cette date, art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et art. 8 al. 3 LPGA).

Si la personne assurée exerçait une activité professionnelle à temps partiel, il convient de pondérer les deux méthodes en fonction du temps alors attribué à l'activité lucrative et aux activités domestiques. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28 al. 2<sup>ter</sup> LAI et 27<sup>bis</sup> RAI, selon la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; art. 28a al. 3 LAI à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**9.2** Dans le cas d'espèce, l'OAIE a correctement appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, X. \_\_\_\_\_ ayant avant la survenance de ses problèmes de santé travaillé à temps partiel (34 heures/semaine au lieu de 42.30 heures/semaine; questionnaire pour l'employeur du 28 février 1999 [AI pces 41]).

Quant à l'évaluation de l'invalidité dans l'activité professionnelle, l'OAIE a basé son calcul sur des données 2008 ce qui n'est pas contestable, la comparaison des revenus s'effectuant sur la même année civile.

Il n'est pas non plus critiquable que L'OAIE a pris en compte comme salaire sans invalidité, le salaire mensuel moyen pour des activités simples et répétitives qui pour une femme correspondait en 2008 à Fr. 4'547.- pour 40 heures/semaine, respectivement à Fr. 4'728.90 pour l'horaire usuel de la branche de 41,6 heures/semaine (à tort, l'OAIE a retenu le salaire plus élevé pour hommes). Ce salaire est plus favorable à l'assurée, car il est un peu plus élevé que son dernier salaire de Fr. 4'707.99 (le salaire mensuel en 1998 de Fr. 2'980.- x 13, rapporté au salaire pour une activité à temps complet de 42.50 heures et indexé à 2008; questionnaire pour l'employeur du 28 février 1999 [AI pce 41]). Pour une capacité de travail de 70%, le salaire d'invalidé de l'assurée s'élève à Fr. 2'996.45, se basant sur le salaire mensuel moyen d'une salariée avec des activités simples et répétitives de Fr. 4'116.- pour 40 heures/semaine, respectivement de Fr. 4'280.64 pour l'horaire usuel de 41.60 heures/semaine. Eu égard au fait que la recourante ne peut plus exercer son ancienne activité d'aide-infirmière, que ses activités sont désormais limitées aux activités légères et qu'elle n'a pas pu exercer une activité professionnelle pendant plusieurs années, il est justifié d'opérer en l'occurrence, à l'instar de l'OAIE, un abattement de 15%. Le revenu d'invalidé à prendre en considération correspond donc à Fr. 2'546.98.

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 46.14% dans l'activité lucrative ( $[(Fr. 4'728.90 - Fr. 2'546.98) \times 100 : Fr. 4'728.90]$ ). La recourante présentant comme ménagère une incapacité de travail de 20%, son taux d'invalidité global s'élève à 41% d'après la formule de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence (CIIAI), chiffre 3101:  $[(42,5 \text{ heures} - 34 \text{ heures}) \times 20\% + (34 \text{ heures} \times 46.14\%)] : 42.5 \text{ heures}$ .

**9.3** Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou

s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C-368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et références citées).

Dans le cas particulier, la recourante, qui a eu 52 ans au moment de la décision litigieuse, n'a plus travaillé depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité en avril 1999. Si elle ne peut plus exercer son ancienne activité d'aide-infirmière, la palette des activités légères adaptées à son état de santé est très large, sans qu'elles nécessitent d'une formation particulière.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le quart de rente, se fondant sur un taux d'invalidité de 41%, ne pouvait être versé à X. \_\_\_\_\_ aussi longtemps qu'elle a vécu en Colombie (cf. consid. 4.2 ci-dessus).

#### **10.**

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision litigieuse doit être confirmée et le recours du 6 janvier 2011 rejeté. Celui-ci étant manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 85<sup>bis</sup> al. 3 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants, LAVS [RS 831.10] en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI).

#### **11.**

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont la recourante s'est acquittée au cours de l'instruction (TAF pces 6, 20, 22 et 23).

Il n'est pas alloué de dépens, l'autorité inférieure, n'ayant pas droit à ceux-ci (art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320]).

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais versée.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...]; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé)

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :