



---

Cour III  
C-1409/2015

## Arrêt du 24 janvier 2019

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Christoph Rohrer, Michael Peterli, juges,  
Isabelle Pittet, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
représentée par Bergantiños Convenios Internacionales  
Cristina Freire Castro, c/ Barcelona 22-24 Entlo.,  
ES-15100 Carballo, A Coruña,  
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; révision de la rente;  
décision du 15 janvier 2015.

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

A.\_\_\_\_\_ est une ressortissante espagnole, née le [...] 1969. Mariée en [...] 1989, elle a un enfant, né en [...] 1991 (OAIE docs 1 et 7). Arrivée en Suisse d'Espagne en juillet 1989 (OAIE doc 7 p. 1), elle a travaillé au Centre hospitalier de (...), comme aide-cuisinière et nettoyeuse, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1989. A partir du mois de janvier 1997, l'intéressée s'est trouvée ponctuellement en arrêt de travail, à 50% ou 100%, pour raisons de santé ; elle a cessé totalement son activité en avril 1998, et son employeur a mis fin au contrat qui les liait avec effet au 28 février 1999 (OAIE doc 14 p. 4 à 6). Elle n'a pas repris d'activité lucrative par la suite (voir questionnaire pour l'employeur du 22 juin 1999 et questionnaires pour la révision de la rente des 28 février 2003, 10 juillet 2007, 26 juin 2010 et 13 septembre 2012 [OAIE doc 14 p. 1 et 2, p. 4 à 6, doc 37, doc 46, doc 67]) et a quitté la Suisse pour l'Espagne, avec sa famille, le 7 mars 2004 (OAIE doc 17 p. 17).

**B.**

Le 29 mars 1999, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne (OAI BE ; OAIE doc 1).

**B.a** Dans ce cadre, les documents médicaux suivants, en particulier, ont été versés au dossier :

- un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 1998 du Dr B.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui retient le diagnostic de douleurs thoraco-vertébrales chroniques dans le contexte d'une petite hernie discale sous-ligamentaire D6-D7 ; il estime que l'intéressée devrait retrouver une pleine capacité de travail dès le 6 juillet 1998 (OAIE doc 2 p. 3),
- deux rapports des 16 avril et 8 juin 1999, le premier relatif à un curetage et une hystérocopie diagnostique subis le 31 mars 1999, le second posant le diagnostic de ménorragies et métrorragies récidivantes, ayant nécessité une hystérectomie totale le 26 mai 1999 (OAIE doc 2 p. 1 et 2),
- un rapport du 11 juin 1999 du Dr C.\_\_\_\_\_, interniste et médecin traitant de l'intéressée, qui pose le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux panvertébral chronique (correspond à fibromyalgie) ; il fait état d'une incapacité de travail de 100% dès le 16 avril 1998 (OAIE doc 15 p. 5 à 7),

- un rapport du 30 mars 2001 établi suite à l'expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée les 30 et 31 janvier 2001, au Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) de la Policlinique Médicale Universitaire à (...); les experts retiennent les diagnostics d'état dépressif d'intensité modérée, de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, et de cervicalgies et lombosciatalgies chroniques (CIM-10 : F32.1, F45.3, F45.4), ainsi que de status après hystérectomie totale en mai 1999 ; ils concluent à une capacité de travail de 50% dans l'activité antérieure et à une capacité de 70% dans une activité légère de manutention simple, dès le 16 avril 1998 (OAIE doc 5).

**B.b** Par décision du 4 avril 2002 (OAIE doc 11), l'OAI BE a confirmé son projet de décision du 20 juillet 2001 (OAIE doc 3 p. 14 à 16), reconnaissant à l'intéressée le droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 1999, correspondant à un degré d'invalidité de 47% (voir détail du calcul du taux d'invalidité transmis par l'OAI BE le 3 septembre 2001 [OAIE doc 20 p. 35, p. 14, p. 34]).

### **C.**

En février 2003, l'OAI BE a entrepris une première procédure de révision d'office de la rente AI de A.\_\_\_\_\_. A été versé au dossier, dans ce cadre, un rapport du 11 août 2003 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressée, qui retient le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie ; il relève que ni l'activité habituelle ni une autre activité n'est exigible (OAIE doc 15 p. 1 à 4). Par décision du 12 décembre 2003 (OAIE doc 3 p. 3 à 5), l'OAI BE a informé A.\_\_\_\_\_ du maintien de son quart de rente.

### **D.**

Suite au départ de A.\_\_\_\_\_ et de sa famille pour l'Espagne en mars 2004 (voir OAIE doc 17 p. 17), l'OAI BE a transmis le dossier de l'intéressée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE ; OAIE doc 20 p. 1), lequel a entrepris, en décembre 2006, une deuxième procédure de révision d'office de la rente de l'intéressée (OAIE doc 27 ; voir également OAIE doc 28). Dans ce cadre, a été versé au dossier, en particulier, un rapport E 213 du 28 mai 2007, lequel note le diagnostic de fibromyalgie et conclut que l'intéressée peut exercer des activités légères, respectant les limitations fonctionnelles décrites ; la capacité de travail dans l'activité habituelle est estimée à 50% et à 75% dans une activité adaptée, telle que gardienne de musée (OAIE doc 32). Par communication du 5 septembre 2007 (OAIE doc 40), l'OAI BE a informé

l'intéressée du maintien de sa rente (voir également prise de position du Dr E.\_\_\_\_\_, du service médical AI, du 28 août 2007 [OAIE doc 39]).

#### **E.**

En mai 2010, l'OAIE a entrepris une troisième procédure de révision d'office de la rente de l'intéressée (OAIE doc 43). Dans ce cadre, ont été versés au dossier :

- un rapport du 22 janvier 2009 du service d'oto-rhino-laryngologie du Complexe hospitalier universitaire (ci-après : CHU) de (...), qui pose les diagnostics de rhinite atrophique et d'ozène (OAIE doc 51),
- un rapport du 2 juin 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui retient le diagnostic de syndrome de douleur myofasciale généralisée (OAIE doc 53),
- un rapport du 7 juillet 2010 du service d'urologie du CHU de (...), qui fait état de la persistance de l'incontinence urinaire à l'effort (OAIE doc 52),
- un rapport du 5 août 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui note le diagnostic de trouble dépressif secondaire, en lien avec la fibromyalgie, et conclut à une incapacité de travail de 0% (OAIE doc 50),
- un rapport E 213 du 17 août 2010, reprenant des diagnostics déjà connus, en particulier ceux de fibromyalgie et de trouble dépressif secondaire, et concluant à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais à une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (OAIE doc 49).

Par communication du 29 septembre 2010 (OAIE doc 57), l'OAIE a informé l'intéressée du maintien de sa rente d'invalidité (voir également prise de position du Dr E.\_\_\_\_\_ du 18 septembre 2010 [OAIE doc 56]).

#### **F.**

**F.a** A la demande du Dr H.\_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE (voir écritures des 21 août et 1<sup>er</sup> septembre 2012 [OAIE docs 60 et 61]), les documents suivants, notamment, ont été versés au dossier :

- un journal médical faisant état d'observations et diagnostics rhumatologiques faits entre le 22 juillet 2008 et le 29 mai 2012 ; le 29 mai 2012 notamment, le Dr I.\_\_\_\_\_ note en particulier un

syndrome myofascial généralisé, des cervicalgies et lombalgies de rythme mécanique, sans indices de radiculopathie (OAIE doc 74),

- un rapport du 24 avril 2012 du Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui relève que sa patiente présente notamment des douleurs musculosquelettiques diffuses, à prédominance para-lombaire droite et dans la zone abdominale, des douleurs temporo-mandibulaires et des acro-paresthésies des mains et des pieds, ainsi qu'un nodule thyroïdien et une bursite chronique sous-deltaïdienne bilatérale (OAIE doc 68),
- un rapport du 26 septembre 2012 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès de l'Unité de santé mentale du CHU de (...), qui pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM-10 : F33.0 ; OAIE doc 73 p. 1),
- un rapport E 213 du 9 octobre 2012, qui retient les diagnostics de fibromyalgie, de cervicalgies et lombalgies de rythme mécanique, sans indices de radiculopathie, d'urétérocèle gauche (voir également, à cet égard, OAIE doc 73 p. 2) et de trouble dépressif récurrent ; la conclusion en est que l'intéressée peut exercer à 100% une activité moyenne ; la capacité de travail est nulle dans l'ancienne activité (OAIE doc 71).

Sur la base de ces documents, le Dr H.\_\_\_\_\_, dans une réponse du 19 novembre 2012 (OAIE doc 83), a considéré qu'il convenait de poursuivre le traitement du dossier de l'intéressée en procédant à la révision du droit à la rente sous l'angle de la 6<sup>e</sup> révision de la LAI et en effectuant une expertise psychiatrique et rhumatologique en Suisse.

**F.b** L'expertise bidisciplinaire a été réalisée le 26 mars 2013, par la Dresse L.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et le Dr M.\_\_\_\_\_, psychiatre.

Dans son rapport du 7 avril 2013 (OAIE doc 110), la Dresse L.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques L4-L5 et L5-S1, sur troubles dégénératifs à type de discopathie très discrètement protrusive, sans hernie discale, et de déconditionnement musculaire global, ainsi qu'une série de diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail. L'experte conclut que compte tenu des limitations fonctionnelles qu'elle décrit, la capacité de travail de l'intéressée est de 60% dans l'activité de nettoyeuse/aide-cuisinière et de 100% dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 22 juillet 2013 (OAIE doc 279, pour le rapport complet [OAIE doc 119 : il y manque la page 4 du rapport]), le Dr M. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen (CIM-10 : F32.1). Il conclut que d'un point de vue psychiatrique, il n'existe aucune limitation cognitive et/ou affective importante à la reprise du travail et que la capacité de travail de l'intéressée est donc entière dans une activité légère.

**F.c** Suite à la prise de position du Dr H. \_\_\_\_\_ du 25 août 2013 (OAIE doc 121), et à la demande de l'OAIE (OAIE doc 123), l'intéressée a encore produit de la documentation médicale, couvrant une période allant de 2002 à 2013 (OAIE docs 127 à 195, 200 à 272). Outre des rapports se trouvant d'ores et déjà au dossier, ont été versés aux actes, en particulier :

- un rapport du 6 juin 2002 du Dr N. \_\_\_\_\_, ainsi qu'un compte-rendu d'opération du 20 juin 2002 et un rapport du 25 juin 2002 du même médecin, lequel pose les diagnostics d'incontinence urinaire liée au stress, avec status après hystérectomie, avec myome, et de descente de la vessie ; il indique avoir pratiqué le 19 juin 2002 une intervention de type TVT (tension-free vaginal tape ; OAIE docs 182, 245, 266),
- deux rapports, l'un du 30 mars 2004, du Dr O. \_\_\_\_\_, et l'autre, du 6 avril 2004, faisant notamment état d'un possible syndrome du canal carpien, de cervicalgies et d'une discopathie postérieure C5-C6 (OAIE docs 139, 152),
- les résultats du 6 novembre 2008 d'une échographie articulaire de l'épaule gauche : on n'y trouve pas d'atteinte (OAIE docs 164),
- un rapport du 24 septembre 2012 du Dr P. \_\_\_\_\_, faisant état de diagnostics déjà connus (OAIE doc 132),
- un rapport du 15 février 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_, qui relève 11 points de fibromyalgie, des altérations dégénératives disco-vertébrales en C5-C6 avec une sténose foraminale légère à gauche et sans hernie discale au niveau D6-D7, ainsi qu'une ostéopénie au niveau de l'os trabéculaire (OAIE doc 192 ; voir également rapports d'examens radiologiques des 10 décembre 2012 et 10 janvier 2013 [OAIE docs 255 et 193] et OAIE doc 134),
- un rapport neurophysiologique du 21 mars 2013 du Dr Q. \_\_\_\_\_ qui indique qu'il existe des signes objectifs compatibles avec une affection

bilatérale de la conduction somato-sensorielle des deux extrémités inférieures (OAIE doc 191),

- un rapport du 7 octobre 2013 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, qui retient le diagnostic de dysthymie, évoluant vers la chronicité en raison de la persistance des troubles somatiques antérieures (OAIE doc 127).

**F.d** Consulté à cet égard, le Dr H.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 25 août 2013 (OAIE doc 121), complétée le 30 janvier 2014 (OAIE doc 282) à réception du rapport complet du Dr M.\_\_\_\_\_ et de la documentation médicale susmentionnée fournie par l'intéressée, estime que l'état de cette dernière s'est amélioré. Il retient le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies sur troubles dégénératifs modérés de la colonne lombaire, et conclut, à partir du 26 mars 2013, à une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, n'exigeant pas, en raison des lombalgies, des mouvements répétitifs de flexion-extension du rachis et le port de charges de plus de 10 kg, mais permettant une position de travail alternée.

De son côté, le Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès du service médical de l'OAIE et également consulté dans ce contexte, déclare, dans sa prise de position du 28 avril 2014 (OAIE doc 284), qu'il partage les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_. Il relève qu'à son avis, la composante psychiatrique joue un rôle secondaire dans le présent dossier et qu'il convient de s'en remettre à l'évaluation rhumatologique.

**F.e** Sur cette base, l'OAIE a procédé à une comparaison des revenus en application de la méthode générale, mettant en évidence un taux d'invalidité de 16% dès avril 2013 (OAIE doc 286). Dans son projet de décision du 22 mai 2014 (OAIE doc 287), il a signifié à A.\_\_\_\_\_ qu'à l'avenir, il n'existerait plus de droit à une rente d'invalidité.

**F.f** Par écriture du 18 août 2014 (OAIE doc 291), l'intéressée, par l'intermédiaire de sa représentante, Cristina Freire, a contesté le projet de décision du 22 mai 2014, sollicitant au minimum la rente octroyée jusqu'alors. Elle considère que ni son état de santé, ni sa capacité de travail ne se sont améliorés, et, même, que sa situation s'est aggravée. Sont joints à cette écriture (voir OAIE docs 292 à 298), en particulier un rapport du 12 juin 2014 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ qui rappelle les éléments de son rapport du 7 octobre 2013 (OAIE doc 297) et un rapport du 22 juillet 2014 du Dr J.\_\_\_\_\_ qui reprend les observations de son rapport du 15 février

2013, ajoutant que ces observations lui permettent de poser le diagnostic de fibromyalgie (OAIE doc 295 ; voir également OAIE doc 296).

**F.g** Consultés à cet égard, les Drs R. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, dans leurs prises de position respectives des 26 novembre et 21 décembre 2014 (OAIE docs 301 et 303), ont confirmé leurs conclusions précédentes, indiquant que les documents médicaux produits en procédure d'audition ne faisaient état d'aucune atteinte ou observation nouvelles et incompatibles avec l'exercice d'une activité adaptée.

**F.h** Par décision du 15 janvier 2015 (OAIE doc 305), l'OAIE a confirmé son projet de décision du 22 mai 2014 et supprimé la rente d'invalidité de l'intéressée à partir du 1<sup>er</sup> mars 2015.

## **G.**

**G.a** Par acte du 27 février 2015 (TAF pce 1), A. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de sa représentante, a formé recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Elle conclut principalement à ce que lui soit accordée une rente correspondant à un taux d'invalidité de 50%, subsidiairement, au maintien de son quart de rente. Elle soutient en substance, en premier lieu (et quatrième lieu), qu'au vu des nombreux constats médicaux quant à une évolution défavorable de sa symptomatologie, elle ne peut accomplir les tâches de la vie quotidienne sans aide, que malgré les traitements, notamment médicamenteux qui seraient de plus en plus lourds, toute activité physique exacerbe ses douleurs et donc qu'elle ne peut exercer aucune activité. En deuxième lieu, elle indique qu'au niveau psychiatrique, un nouveau rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_, du 9 février 2015, note le diagnostic de trouble dépressif récurrent et conclut à l'incapacité d'exercer une activité lucrative de façon adéquate. En troisième lieu, la recourante critique l'expertise psychiatrique de mars 2013, indiquant qu'elle peinait à comprendre le Dr M. \_\_\_\_\_, qui lui aurait surtout parlé en allemand et que peu en espagnol ; elle critique également l'examen des points de fibromyalgie auquel a procédé la Dresse L. \_\_\_\_\_, et relève que tous les médecins qui l'ont suivie depuis 2001 pose ce même diagnostic de fibromyalgie.

Outre des documents d'ores et déjà au dossier et le nouveau rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 9 février 2015, la recourante joint à son recours, notamment, un rapport du 25 février 2015 du Dr S. \_\_\_\_\_. Celui-ci retient le diagnostic de fibromyalgie et conclut en particulier qu'aucune activité ne serait exigible de la recourante.

**G.b** Invité à s'exprimer sur le recours, le Dr H.\_\_\_\_\_ relève, dans sa prise de position du 2 avril 2015 (OAIE doc 320), que les documents médicaux joints au mémoire de recours ne font état d'aucun nouveau résultat clinique qui permettrait de poser un regard différent sur la situation de la recourante et qui n'aurait pas été déjà connu au moment de l'expertise de mars 2014 (recte : mars 2013), à laquelle il renvoie. Egalement invité à se prononcer, le Dr R.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 20 avril 2015 (OAIE doc 322), critique le nouveau diagnostic posé par la Dresse K.\_\_\_\_\_ le 9 février 2015 et maintient les conclusions de ses prises de position précédentes.

Dans sa réponse du 13 mai 2015 (TAF pce 3), l'OAIE affirme que la décision entreprise a été rendue à juste titre et propose le rejet du recours.

**G.c** Par réplique du 7 juillet 2015 (TAF pce 6), la recourante maintient les conclusions de son recours. Elle joint à cette écriture, en particulier, un nouveau rapport du 25 juin 2015 du Dr S.\_\_\_\_\_, reprenant pour l'essentiel son rapport du 25 février 2015 et concluant de même.

**G.d** Dans une nouvelle prise de position du 13 septembre 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ répète qu'aucune nouvelle maladie n'est survenue depuis l'expertise de la Dresse L.\_\_\_\_\_ et qu'il ne voit pas de raison, dans les nouveaux documents qui lui sont soumis, de s'éloigner des conclusions de l'experte.

Par duplique du 23 septembre 2015 (TAF pce 11), l'autorité inférieure réitère les conclusions de sa réponse.

**G.e** Le 3 novembre 2015, la recourante dépose des observations complémentaires et maintient les conclusions de son recours (TAF pce 14). Elle joint à ses observations les documents médicaux suivants :

- deux rapports de sortie des 7 juillet et 15 août 2015 du service des urgences du CHU de (...), qui font état d'une possible infection respiratoire,
- trois rapports de sortie des 11 août, 21 septembre et 23 octobre 2015 du service de pneumologie du CHU de (...), suite à trois séjours de l'intéressée à l'hôpital, en raison d'une dyspnée ; les diagnostics posés dans les deux premiers rapports sont ceux d'infection respiratoire (probable rechute en septembre) et d'insuffisance respiratoire aiguë, résolue ; dans le troisième rapport, il est fait état d'asthme bronchique

probable, de crise convulsive, probablement épileptique, et d'hypoxémie artérielle.

**G.f** A nouveau consulté, le Dr H.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 23 novembre 2015 (TAF pce 18), note que l'intéressée a présenté en juillet-août 2015 une infection des voies respiratoires supérieures traitées par antibiotique, mais qu'il n'y a pas d'atteinte pulmonaire importante. Le Dr H.\_\_\_\_\_ s'en tient à ses avis précédents. Egalement invité à s'exprimer une nouvelle fois sur le dossier de la recourante, le Dr R.\_\_\_\_\_, dans une prise de position du 22 décembre 2015 (TAF pce 18), confirme lui aussi ses positions précédentes.

Par écriture du 6 janvier 2016 (TAF pce 18), l'autorité inférieure maintient les conclusions de sa réponse et de sa duplique.

**G.g** Le 5 octobre 2018, la recourante transmet encore au Tribunal des documents médicaux datés de février à novembre 2017, relatifs notamment à une infiltration lombaire, à des céphalées, aux résultats d'une échographie de l'épaule gauche et d'imagerie de la colonne lombaire, ainsi qu'un rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_, du 16 octobre 2017, qui reprend pour l'essentiel celui du 9 février 2018 (TAF pce 21).

Certains de ces documents étant incomplets (voir TAF pce 24), le Tribunal a requis de la recourante qu'elle les complète (TAF pce 25). Cette dernière n'a pas donné suite à cette demande dans le délai imparti.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** En vertu de l'art. 31 LTAF (RS 173.32) en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

**1.2** La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (RS 172.021 ; art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**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 LPGGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 4 et 5), le recours est recevable.

## **2.**

Le litige porte sur la suppression d'un quart de rente d'invalidité par voie de révision.

## **3.**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>e</sup> éd., 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

## **4.**

**4.1** Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6<sup>e</sup> révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le

1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

**4.2** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 15 janvier 2015). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

**4.3** L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

## 5.

**5.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 1<sup>ère</sup> phrase LPGA). Ainsi, l'objet assuré par l'AI suisse n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 116 V 246 consid. 1b). 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 2<sup>e</sup> phrase LPGA).

**5.2** Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins.

## 6.

**6.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale.

Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références).

**6.2** Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

**6.2.1** Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève·Zurich·Bâle 2018, n. 33 ad art. 57).

**6.2.2** Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnue, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**6.2.3** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve. En effet, les médecins traitants ont avant tout pour objectif de soigner leurs patient-e-s, avec lequel-le-s ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son ou sa patient-e, en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci ou celle-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5, ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Dès lors, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 publié *in* Sozialversicherungsrecht [SVR] 2008 IV n° 15 p. 43 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le ou la patient-e 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 ces médecins traitants 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-e (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié *in* SVR 2017 IV n° 49 consid. 5.5, 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, n. 48 et 49 ad art. 57).

**6.2.4** Concernant enfin les rapports des médecins rattachés à un assureur, comme les prises de position du service médical de l'OAIE, il convient de noter qu'ils ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; ils portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la

situation médicale de la personne assurée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1, ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). Il sied encore de relever que le fait qu'il s'agisse de médecins liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 43 ad art. 57).

**6.3** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, 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 (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., Zurich 2015, art. 42 n° 30 p. 561 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (RS 101 ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

## 7.

**7.1** Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du ou de la bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a).

**7.2** Dans le cadre d'une révision de la rente, la question principale est de savoir si une modification de l'état de santé, ayant une influence sur la

capacité de travail, est survenue depuis la dernière décision déterminante. La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend ainsi largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3, ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; RCC 1987 p. 36 ; SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 11 ad art. 31).

## **8.**

**8.1** 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, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2 ; ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 19 ad art. 31).

**8.2** En l'espèce, la question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 4 avril 2002 octroyant à l'intéressée un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 1999 (OAIE doc 11) et ceux qui ont existé jusqu'au 15 janvier 2015, date de la décision litigieuse supprimant la rente, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (OAIE doc 305). En effet, la décision d'octroi de rente du 4 avril 2002 a été le résultat d'une procédure d'instruction, au cours de laquelle l'OAI BE, après avoir examiné des rapports médicaux des médecins traitants de la recourante, a requis un examen médical approfondi sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire réalisée par le COMAI, à (...), en janvier 2001 (rapport du 30 mars 2001 [OAIE doc 5]). L'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle a également été examinée dans ce cadre, donnant lieu à un rapport du 10 mai 2001 de la Division Réadaptation professionnelle de l'OAI BE, laquelle concluait qu'il n'y avait pas lieu de faire en l'espèce des propositions de réadaptation ou de mesures propres au placement (OAIE

doc 6). Sur la base des conclusions des experts du COMAI et compte tenu de l'impossibilité de mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle, l'OAI BE a alors procédé à une comparaison des revenus en application de la méthode générale, mettant en évidence un taux d'invalidité de 47% (OAIE doc 20 p. 14), et alloué à la recourante un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 1999 (voir Faits B).

Les décisions et communications ultérieures, des 12 décembre 2003, 5 septembre 2007 et 29 septembre 2010 (OAIE docs 3 p. 3 à 5, 40, 57), rendues suite à trois révisions de rente, s'avèrent par contre n'être que des confirmations formelles du droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité, suite au constat, par l'OAI BE, puis par l'OAIE, d'une situation demeurée inchangée, constat basé sur des rapports de médecins traitants, deux rapports E 213 (OAIE docs 32 et 49) et deux prises de position du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, des 28 août 2007 et 18 septembre 2010 (OAIE docs 39 et 56 ; voir Faits C, D et E).

## 9.

Il ressort du dossier que la décision du 4 avril 2002 (OAIE doc 11) octroyant à la recourante un quart de rente d'invalidité reposait avant tout sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 mars 2001 établi par les Drs T. \_\_\_\_\_, interniste, U. \_\_\_\_\_, rhumatologue et V. \_\_\_\_\_, psychiatre, du COMAI (OAIE doc 5).

**9.1** Dans les constatations objectives de leur rapport, les experts du COMAI faisaient état, au niveau neurologique, d'une marche sans boiterie, possible sur la pointe des pieds et sur les talons de manière normale ; l'intéressée pouvait également s'accroupir sans difficultés ; toutefois l'élévation des jambes tendues provoquait des douleurs de la face postérieure des cuisses ; les experts notaient également une hyposensibilité globale du membre supérieur et du membre inférieur droits, mais pas d'amyotrophie, ni des membres supérieurs ni des membres inférieurs. Au niveau ostéo-articulaire, ils relevaient notamment des douleurs de la nuque lors d'inclinaisons latérales et des douleurs à la palpation de l'insertion du trapèze sur l'occiput, des douleurs lombaires inférieures sans irradiation dans les membres lors d'inclinaisons latérales, l'extension n'aggravant pas les douleurs, ainsi que des douleurs à la palpation segmentaire para-rachidienne cervico-lombaire ; l'intéressée devait appuyer ses bras sur ses membres inférieurs pour se relever après s'être penchée en avant ; toutes les mobilisations des épaules étaient par ailleurs indolores ; une douleur était ressentie au niveau de la péri-hanche en rotation externe, de même que lors de la palpation. Enfin, les experts

observaient la présence de 14 points de fibromyalgie sur 18 et des points de contrôle partiellement positifs, de même que la présence de 5 signes d'hyperlaxité ligamentaire. Ils estimaient ainsi que du point de vue rhumatologique, l'intéressée souffrait de cervicalgies chroniques, de lombosciatalgies droites ainsi que d'une hyperlaxité ligamentaire, l'importance des douleurs et la limitation fonctionnelle qu'elles impliquaient ne reposant cependant sur aucune anomalie structurelle, avec des examens cliniques et radiologiques plutôt rassurants. D'autre part, la présence de douleurs diffuses du système locomoteur, avec 14 points de fibromyalgie douloureux à la palpation et la présence de points de contrôle plus ou moins positifs, leur permettait de poser le diagnostic différentiel d'un syndrome douloureux somatoforme sans qu'il soit possible de faire une distinction formelle entre les deux affections. Dès lors, au niveau rhumatologique seul, en tenant compte de la fibromyalgie et de l'état douloureux, les experts estimaient la capacité de travail à 75% dans des travaux légers, de manutention simple, sans port de charges excédant 15 kg, ni mouvements répétitifs (OAIE doc 5 p. 6 à 8).

**9.2** Au niveau psychiatrique, les experts relevaient en particulier, dans leur observation clinique, un état dépressif, un sentiment de dévalorisation et un important pessimisme face à l'avenir, ainsi qu'une labilité émotionnelle pendant l'entretien et un sentiment d'irritabilité fréquent ; en revanche, aucune idéation suicidaire n'était retenue ; les experts notaient encore que l'intéressée décrivait des symptômes de type anxieux (oppression thoracique) et neurologiques correspondant à un dysfonctionnement neurovégétatif. Ils ne notaient aucun élément parlant en faveur d'un trouble grave de la personnalité ni une autre pathologie psychiatrique spécifique, mais relevaient que l'hystérectomie totale et les deux grossesses antérieures qui n'avaient pas pu être conduites à leur terme entre janvier 1998 et mai 1999 constituaient des facteurs de stress psychosociaux majeurs à mettre en parallèle avec l'interruption de son activité professionnelle durant cette période. Ainsi, d'un point de vue psychiatrique, les experts concluaient que la requérante souffrait d'un état dépressif d'intensité modérée et d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, et estimaient qu'elle pouvait travailler dans une profession adaptée à ses problèmes somatiques à un taux d'occupation d'environ 60% à 70% (OAIE doc 5 p. 8 et 9).

**9.3** Sur la base de ces différents examens, les experts retenaient les diagnostics d'état dépressif d'intensité modérée, de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme et cervicalgies chroniques et lombosciatalgies droites chroniques (CIM-10 : F32.1, F45.4, F45.3), ainsi que de status

après hystérectomie totale le 26 mai 1999 (OAIE doc 5 p. 10). D'un point de vue global, ils concluaient à une capacité de travail dans l'activité antérieure de 50% et à une capacité de 70% dans un travail léger de manutention simple, respectant les limitations fonctionnelles décrites sur le plan rhumatologique (sans port de charges excédant 15 kg ni mouvements répétitifs ; OAIE doc 5 p. 11 à 14).

#### 10.

Par la suite, lors des révisions ayant suivi, entreprises en 2003, 2006 et 2010, l'OAI BE, puis l'OAIE ont constaté que l'invalidité de la recourante ne s'était pas modifiée et ont maintenu le quart de rente de l'intéressée (OAIE doc 3 p. 3 à 5, doc 40, doc 57 ; voir également prises de position du Dr E.\_\_\_\_\_ des 28 août 2007 et 18 septembre 2010 [OAIE docs 39 et 56]). Les médecins consultés faisaient état, avant tout, d'une fibromyalgie, d'algies généralisées ou de syndrome de douleur myofasciale généralisée (rapports du 11 août 2003 du Dr D.\_\_\_\_\_, du 4 mai 2007 du Dr O.\_\_\_\_\_, rapport E 213 du 28 mai 2007, rapport du 2 juin 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, rapport E 213 du 17 août 2010 [OAIE doc 15 p. 1 à 4, doc 34, doc 32, doc 53, doc 49]). Dans un rapport du 9 mai 2007 (OAIE doc 33), le Dr W.\_\_\_\_\_ notait par ailleurs de légères altérations dégénératives au niveau cervical. Enfin, d'autres atteintes ont été diagnostiquées, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail, telles que l'incontinence urinaire (OAIE doc 15 p. 1 à 4, doc 52, doc 49), une rhinite atrophique et un ozène (OAIE doc 51).

#### 11.

La décision litigieuse supprimant la rente se base quant à elle essentiellement sur les rapports d'expertise bidisciplinaire de la Dresse L.\_\_\_\_\_ et du Dr M.\_\_\_\_\_ des 7 avril et 22 juillet 2013 (OAIE docs 110 et 279), repris et discutés ensuite par les médecins du service médical de l'OAIE.

A la lecture de ces rapports, le Tribunal de céans constate d'emblée qu'il n'a pas de motifs de s'écarter des conclusions des experts L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, lesquels mettent en évidence une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante.

Il appert en effet que ces expertises ont été réalisées par une rhumatologue et un psychiatre, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressée. Leurs rapports, des 7 avril et 22 juillet 2013, satisfont en outre aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des

documents médicaux, dans la mesure où ils tiennent compte des éléments au dossier à leur disposition (OAIE doc 110 p. 3 à 6 ; OAIE doc 279 p. 1 et 2 ; voir également OAIE doc 106), prennent en considération les plaintes de la recourante (OAIE doc 110 p. 9 en bas et 10 ; OAIE doc 279 p. 1 et 2), contiennent une anamnèse complète (OAIE doc 110 p. 6 en bas à 9 ; OAIE doc 279 p. 3), se fondent sur des examens circonstanciés (OAIE doc 110 p. 10 en bas à 12 ; OAIE doc 279 p. 4) ainsi que sur les résultats d'examens radiologiques complémentaires pour la partie rhumatologique (OAIE doc 110 p. 13 ; OAIE docs 108 et 109), contiennent une discussion sur la situation médicale et les points litigieux (OAIE doc 110 p. 13 en bas à 16 ; OAIE doc 279 p. 4 en bas), de même que des conclusions motivées (OAIE doc 110 p. 17 et 18 ; OAIE doc 279 p. 5). Par ailleurs, les experts ont tenu compte du fait qu'ils intervenaient dans le cadre d'une révision de rente et qu'il convenait donc de considérer non seulement les circonstances présentes, mais également celles existant dès le moment de la décision octroyant à la recourante sa rente d'invalidité (voir en particulier OAIE doc 110 p. 13 en bas, 14, 16 en bas, 17).

## 12.

**12.1** Ainsi, lors de l'examen rhumatologique de la recourante, effectué le 26 mars 2013, la Dresse L.\_\_\_\_\_ s'est fondée sur les documents médicaux versés au dossier au moment de l'octroi initiale de la rente (OAIE doc 110 p. 3) et lors des trois révisions qui ont suivi (OAIE doc 110 p. 4), ainsi que sur de nouvelles pièces ajoutées au dossier, datant de 2012 et 2013 (OAIE doc 110 p. 5 et 6), documentation que l'experte a par ailleurs commentée (OAIE doc 110 p. 14). Relevant en outre l'absence de rapports radiologiques de la colonne vertébrale, datant notamment de 2012, que le CHU de (...) aurait égarés, selon les dires de la recourante, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a demandé la réalisation de nouveaux examens radiologiques à l'occasion de son expertise (voir les résultats de radiographies du rachis et du bassin du 26 mars 2013 [OAIE docs 108 et 109, doc 110 p. 13]). De la sorte, l'absence des rapports radiologiques 2012 ne saurait affaiblir la pertinence de son expertise. Il en va de même du « vide médical » dont fait état la Dresse L.\_\_\_\_\_ après 2001 et jusqu'en mai 2007, dans la mesure où l'OAIE a requis de la recourante (OAIE doc 123), suite à la prise de position du 25 août 2013 du Dr H.\_\_\_\_\_ (OAIE doc 121), qu'elle produise la documentation médicale manquante (voir Faits F.c ; OAIE docs 139, 152, 148, 150, 182, 245, 266 pour la période en cause). Le Dr H.\_\_\_\_\_ s'est ensuite prononcé sur cette documentation, confirmant les conclusions des experts L.\_\_\_\_\_ et

M.\_\_\_\_\_ (réponse du Dr H.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2014 [OAIE doc 282]).

**12.2** La Dresse L.\_\_\_\_\_ a ensuite dûment noté les plaintes de l'intéressée (OAIE doc 110 p. 9 en bas et 10), procédé à une anamnèse familiale, personnelle, sociale, professionnelle, médicamenteuse et par système (OAIE doc 110 p. 6 en bas à 9) et mené un examen clinique détaillé (OAIE doc 110 p. 10 en bas à 12).

Celui-ci a conduit l'experte à constater, au niveau des membres supérieurs, l'absence d'amyotrophie, mais une discrète douleur à la pression du sus-épineux à droite ; elle a constaté une absence d'amyotrophie également au niveau des membres inférieurs, de même qu'une absence d'hyperréflexie – contrairement à ce qui avait été détecté en Espagne (voir rapports du Dr I.\_\_\_\_\_ du 29 mai 2012 et du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15 février 2013 [OAIE doc 74 p. 2, doc 192]) –, une marche sans claudication, mais néanmoins un peu instable, ainsi qu'une marche sur les talons et les pointes sans déficit. Au niveau cervical, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a relevé essentiellement une sensibilité à la pression des articulaires postérieures en C4-C5 et C5-C6 à gauche. Au niveau dorsal, elle a fait état d'une hypercyphose, avec une discrète raideur, la pression transversale étant douloureuse sur toute la hauteur et au sommet de la cyphose. Au niveau lombaire, elle a observé une douleur aiguë lorsque la patiente s'est allongée en décubitus dorsal, et une raideur, la palpation étant franchement douloureuse sur les deux derniers étages lombaires ; lors de l'exécution du penché en avant ou de l'extension du rachis, l'experte a noté des douleurs exprimées par l'intéressée, qui n'étaient cependant pas localisées et semblaient être des douleurs de raideur musculaire diffuses. La Dresse L.\_\_\_\_\_ a encore relevé des douleurs autour des sacro-iliaques et du sacrum, sans que soient perçues de contractures musculaires, de même que des douleurs à la pression des épineuses vertébrales aussi bien au niveau dorsal qu'en L4-L5 et L5-S1. L'experte a ainsi constaté un déconditionnement musculaire global, notamment lors du redressement du penché en avant, du redressement de la position de chevalier servant ou de la position accroupie. S'agissant de la fibromyalgie, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a rapporté que palpés à l'insu de la patiente, les points de fibromyalgie, en particulier au niveau des coudes, des genoux et des chevilles, ainsi que des trapèzes, étaient négatifs, et qu'au demeurant, les douleurs relatées par l'intéressée allaient au-delà de ces points, de sorte qu'au sens strict, celle-ci ne présentait pas de fibromyalgie (OAIE doc 110 p. 10 en bas à 12, p. 15).

**12.3** Sur la base de ces constats et des rapports médicaux à sa disposition, l'experte a retenu de façon convaincante les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques L4-L5 et L5-S1, sur troubles dégénératifs à type de discopathie très discrètement protrusive, sans hernie discale, et de déconditionnement musculaire global, et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de bursite sous-acromio-deltaïdienne de l'épaule droite, de discopathie C6-C7 avec rétrécissement des récessi latéraux, sans compression radiculaire, de dessiccation discale D6-D7, sans hernie discale, de status post-hystérectomie et incontinence de type urge, d'hypercholestérolémie, d'atteinte cordonale postérieure, sans cause déterminée, se traduisant cliniquement par une discrète dysmétrie aux membres supérieurs et une discrète instabilité à la marche, et un nodule thyroïdien (OAIE doc 110 p. 12 en bas et p. 13 en haut). On peut ajouter à cet égard que le Dr H. \_\_\_\_\_, dont la tâche était de se prononcer sur cette expertise et sur la documentation au dossier, a noté, dans sa réponse du 30 janvier 2014 (OAIE doc 282), que seuls demeuraient en l'espèce et étaient à retenir certains troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, expliquant une plus faible résistance au niveau du dos, qui continuait d'affecter la capacité de travail de l'intéressée dans l'ancienne activité.

**12.4** Reprenant ensuite les diagnostics posés et ses observations médicales, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a mis en évidence les limitations fonctionnelles subies par l'intéressée, expliquant ses conclusions à cet égard (OAIE doc 100 p. 16 à 18). Elle a ainsi relevé que les discrètes anomalies discales au niveau C6-C7, parfois C5-C6, étaient sans traduction clinique et n'entraînaient donc aucune limitation fonctionnelle ; par contre, que la sensibilité à la pression au niveau L4-L5 et L5-S1 était crédible, et que ces lombalgies entraînaient une diminution de la résistance aux piétinements, aux mouvements de flexion/extension ou de rotation du buste, du maintien de la position en porte-à-faux et des efforts de port de charges. Notant l'altération bilatérale de la conduction somato-sensorielle des extrémités inférieures rapportée par le Dr Q. \_\_\_\_\_ le 21 mars 2013 (OAIE doc 191), l'experte a encore précisé que cette atteinte ne représentait pas de limitation fonctionnelle à la reprise d'une activité qui ne nécessiterait pas de grimper sur des échelles ou de travailler en terrain instable. L'experte en a conclu que la raideur rachidienne et le déconditionnement physique induisaient des limitations fonctionnelles dans les mouvements répétitifs de flexion-extension du rachis, dans les rotations et dans le port de charges, qu'il fallait limiter à 10 kg, exceptionnellement à 5 kg s'il s'agissait de porter une charge de façon

répétitive ; il convenait également d'éviter le travail en porte-à-faux, les déplacements sur sol irrégulier, le travail accroupi ou à genoux.

**12.5** Analysant enfin ses conclusions à la lumière des constats passés, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a expliqué que si l'évolution, sur le plan des plaintes, de même que sur le plan des données physiques, était restée stable, les points de fibromyalgie avaient toutefois disparu si on les recherchait à l'insu de l'intéressée, et qu'en conséquence, les limitations dues à la fibromyalgie s'étaient amoindries. Elle a souligné que c'était dorénavant un déconditionnement physique qui diminuait la capacité de travail de la recourante, déconditionnement auquel cette dernière pouvait cependant remédier en débutant un reconditionnement musculaire, ainsi que les lombalgies, qui s'étaient, elles, accentuées. L'experte a dès lors estimé que la capacité de travail de la recourante était de 60% dans l'activité habituelle de nettoyeuse/aide de cuisine, mais de 100% dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées. Elle a encore précisé que les lombalgies présentaient un bon pronostic pour l'avenir.

**12.6** Le rapport de la Dresse L. \_\_\_\_\_ apparaît donc complet, motivé et convaincant. Ni les critiques de la recourante à l'encontre de ce rapport, ni la documentation médicale versée au dossier par l'intéressée au cours de la procédure de révision d'office et en procédure de recours ne sont de nature à remettre en cause la valeur probante de ce rapport et ses conclusions.

**12.6.1** Dans ce contexte, la recourante soutient qu'elle souffre toujours de fibromyalgie, ce que ses médecins confirmeraient. Elle critique à ce propos l'examen des points de fibromyalgie auquel a procédé la Dresse L. \_\_\_\_\_, considérant qu'il fallait tester les 18 points typiques de la fibromyalgie dans leur totalité et non pas seulement quelques-uns, car l'experte aurait très bien pu, durant son examen, ne tester que des points indolores (OAIE doc 291 p. 1 à 7 ; TAF pce 1).

Il sied de relever à cet égard que si les médecins dont les rapports ont été versés au dossier ont souvent fait mention de fibromyalgie parmi les diagnostics retenus, ils n'ont ni tous, ni systématiquement, ni avec une absolue conviction posé ce diagnostic, et ils ont parallèlement fait état d'autres troubles, d'ailleurs retenus par la Dresse L. \_\_\_\_\_. Ainsi, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, indique dans un rapport du 4 mai 2007 (OAIE doc 34) que sa patiente fait état d'algies généralisées, susceptibles de correspondre au diagnostic de fibromyalgie ; le Dr W. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 9 mai 2007 (OAIE doc 33), note des

points de fibromyalgie supérieurs à 11 et également de légères altérations dégénératives au niveau cervical ; le Dr F.\_\_\_\_\_, rhumatologue, relève lui aussi, dans son rapport du 2 juin 2010 (OAIE doc 53), des points de fibromyalgie supérieurs à 11, mais également des douleurs à la palpation de la musculature cervicale, dorsale et lombaire, et pose le diagnostic de syndrome de douleur myofasciale généralisée ; le 13 février 2011, la Dresse X.\_\_\_\_\_ ne relève aucune limitation fonctionnelle articulaire ou cervical, ni dans les extrémités supérieures ou inférieures, ni dans la colonne vertébrale, et diagnostique une myoarthropathie chronique (TAF pce 1 annexe 6.10) ; le 24 avril 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue lui aussi, ne mentionne pas de points de fibromyalgie, mais déclare notamment que sa patiente présente des douleurs musculosquelettiques diffuses, à prédominance para-lombaire droite et dans la zone abdominale, des douleurs temporo-mandibulaires et des acros-paresthésies des mains et des pieds (OAIE doc 68) ; le 29 mai 2012, le Dr I.\_\_\_\_\_, également rhumatologue, fait les mêmes constats que le Dr F.\_\_\_\_\_ et conclut à un syndrome myofascial généralisé, à des cervicalgies et à des lombalgies (OAIE doc 74) ; le Dr P.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 24 septembre 2012 (OAIE doc 132), mentionne des cervicalgies avec discopathie postérieure en C5-C6 et un syndrome myofascial généralisé ; peu avant l'expertise de la Dresse L.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 15 février 2013 (OAIE doc 192), relève plus de 11 points douloureux pouvant correspondre à une fibrosite, mais également des altérations dégénératives disco-vertébrales en C5-C6 avec une sténose foraminale légère et une ostéopénie au niveau de l'os trabéculaire.

Il convient de relever à ce stade, concernant la critique de la recourante quant au test des points de fibromyalgie effectué par la Dresse L.\_\_\_\_\_ lors de son expertise, que l'experte indique avoir palpé les coudes, les genoux, les chevilles et 4 points des trapèzes. Or, le Dr J.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 février 2013 précité, dont la Dresse L.\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs connaissance au moment de son expertise (voir OAIE doc 110 p. 5 en bas), précisait que sa patiente ressentait des douleurs lors de la palpation des trapèzes et des genoux notamment. La Dresse L.\_\_\_\_\_ a donc testé des points que le rhumatologue de l'intéressée avait lui-même déclaré être douloureux. Par ailleurs, le 30 avril 2013, soit un mois après l'expertise, la Dresse Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en réadaptation, rapporte que les 18 points de la fibromyalgie sont douloureux chez la recourante (TAF pce 1 annexe 4 dernière page). Considérant ce qui précède, il paraît difficile de soutenir que la Dresse L.\_\_\_\_\_ n'aurait testé que des points non douloureux au cours de son expertise, et l'examen de la fibromyalgie

tel qu'elle l'a mené, en particulier en procédant à l'insu de l'expertisée, ne saurait être mis en cause.

Par la suite, dans un rapport du 22 juillet 2014, le Dr J.\_\_\_\_\_ a à nouveau rapporté 11 points de fibromyalgie douloureux sur 18 et a posé, pour la première fois dans un de ses rapports, le diagnostic de fibromyalgie (voir également à cet égard le journal médical joint au recours [TAF pce 1 annexe 4]). Or, il appert que ce rapport, établi après le projet de décision du 22 mai 2014 signalant à la recourante que sa rente allait être supprimée (OAIE doc 287), est en tout point identique à celui du 15 février 2013, si ce n'est que le Dr J.\_\_\_\_\_ y a cette fois-ci ajouté, outre les résultats, déjà connus, d'examens effectués précédemment – tels que l'affection bilatérale de la conduction somato-sensorielle des deux extrémités inférieures (discutée par la Dresse L.\_\_\_\_\_ [voir *supra* consid. 12.4]), l'hémangiome, la tendinite et la bursite de l'épaule (voir OAIE docs 68, 132, 191) –, une remarque disant que ses observations lui permettaient de poser le diagnostic de fibromyalgie (« Esto permite establecer de forma definida el diagnóstico de fibromialgia »). Il a enfin indiqué qu'il avait établi ce rapport à la demande de l'intéressée, précision qui ne figurait pas dans son rapport précédent. Au vu de ces éléments, ce document médical du 22 juillet 2014, provenant du rhumatologue traitant de la recourante, pouvant être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour sa patiente (voir *supra* consid. 6.2.3), ne saurait lui non plus mettre en doute les conclusions de la Dresse L.\_\_\_\_\_.

Enfin, il s'avère que les résultats d'examens radiologiques montrent des atteintes organiques, en particulier des signes de maladie dégénérative discale et d'atteintes en C4-C5 et C5-C6 (7 novembre 2007 [OAIE doc 150] ; 10 décembre 2012 [OAIE doc 255]).

**12.6.2** Cela étant, il y a lieu de souligner que la plupart des rapports ayant fait état de fibromyalgie, dont ceux qui sont mentionnés ci-dessus, outre qu'ils sont souvent sommaires et se limitent à exposer des observations médicales et traitements suivis, ne se sont pas prononcés sur les répercussions de ce trouble sur la capacité de travail de l'intéressée. Et, ceux qui l'ont fait ont conclu, dès la troisième procédure de révision de la rente entreprise par l'OAIE en mai 2010, à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, à l'instar de la Dresse L.\_\_\_\_\_, signifiant ainsi une amélioration de cette capacité de travail. En effet, le rapport E 213 du 17 août 2010, établi notamment sur la base d'un examen de l'intéressée du 16 juillet 2010, note en particulier les diagnostics de fibromyalgie et de trouble dépressif secondaire, et fait état

d'une évolution chronique avec des périodes d'exacerbation clinique, tout en considérant que l'intéressée peut exercer des activités légères, n'exigeant pas de se baisser, de soulever ou de porter des objets de façon fréquente ; la conclusion en est que la recourante n'est plus apte à exercer son activité habituelle, mais qu'elle peut exercer à plein temps une activité adaptée (OAIE doc 49, en particulier p. 8 à 10). Quant au rapport E 213 suivant, du 9 octobre 2012, également établi sur la base d'un examen de l'intéressée, du 4 octobre 2012, et sur différents rapports médicaux se trouvant au dossier, il mentionne les diagnostics de fibromyalgie, de cervicalgies et lombalgies de rythme mécanique, sans indices de radiculopathie, d'urétérocèle gauche et de trouble dépressif récurrent, et considère que la maladie est chronique avec des périodes d'exacerbation ; il conclut que l'intéressée est limitée en périodes d'exacerbation dans le port de charges lourdes et répétées, mais qu'elle peut exercer à 100% une activité dorénavant qualifiée de moyenne, dans laquelle les tâches exigées sont sédentaires ou légères en charge, la capacité de travail étant nulle dans l'ancienne activité (OAIE doc 71, en particulier p. 8 à 10).

On peut relever encore que d'autres médecins que la Dresse L. \_\_\_\_\_, pour la plupart médecins traitant la recourante, bien qu'ils ne se soient pas prononcés sur la capacité de travail, ont régulièrement, au fil des années, conseillé à leur patiente de faire de l'exercice physique afin d'atténuer les troubles. Ceci révèle que nombre de médecins estiment que la recourante, au contraire de ce qu'elle soutient dans son recours, peut, et même devrait, exercer une activité physique. Ainsi, le Dr F. \_\_\_\_\_, rhumatologue, qui, dans son rapport du 2 juin 2010 (OAIE doc 53, également doc 74 p. 1), diagnostique un syndrome de douleur myofasciale généralisée, recommande à sa patiente, en premier lieu, de faire des exercices physiques modérés, comme des promenades, de la natation, de la gymnastique douce. Dans un rapport ultérieur, du 29 mai 2012 (OAIE doc 74 p. 1 et 2), le Dr I. \_\_\_\_\_ conseille lui aussi des activités physiques telles que la natation, la gymnastique, le Pilates et tout moyen usuel visant au renforcement de la musculature axiale et périphérique, conseils que reprend, dans son rapport du 16 janvier 2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_, qui diagnostique au demeurant une fibromyalgie et une cervicarthrose légère (TAF pce 1 annexe 4 p. 2). En 2017 encore, un rapport du 8 novembre du CHU de (...), qui fait toujours état de troubles dégénératifs lombaires, note qu'il n'y a aucune indication chirurgicale et recommande des exercices physiques ainsi qu'une hygiène posturale pour assurer le suivi rhumatologique (TAF pce 21).

**12.6.3** Le seul médecin à avoir conclu, au niveau somatique, qu'aucune activité ne serait exigible de la recourante est le Dr S.\_\_\_\_\_, dont les rapports des 25 février et 25 juin 2015, établis dans le cadre de la procédure de recours à la demande de l'intéressée, ont été joints au recours et à la réplique (TAF pce 1 annexe 3 et TAF pce 6 annexe 1). Le Dr S.\_\_\_\_\_ y relève que les atteintes à la santé actuelles subies par l'intéressée et ayant une répercussion sur la capacité de travail sont en particulier une maladie dégénérative en C4-C5 et C5-C6, des altérations dégénératives au niveau C5-C6 avec sténose foraminale légère gauche et une atteinte en D6-D7, un syndrome fibromyalgique et une fatigue chronique (TAF pce 1 annexe 3 p. 2). Puis, se fondant sur divers documents médicaux au dossier, il retrace l'évolution clinique et les traitements donnés à la recourante (TAF pce 1 annexe 3 p. 2 à 4), pour finir par relever que la symptomatologie persistante dont souffre l'intéressée, progressant depuis plus de 15 ans, actuellement de forte intensité, sans réponse au traitement pharmacologique, correspond au diagnostic de fibromyalgie (TAF pce 1 annexe 3 p. 4 et 5). Il indique encore que les limitations fonctionnelles découlant de cette symptomatologie diminuent considérablement la capacité de l'intéressée à exercer tout type d'activité (TAF pce 1 annexe 3 p. 4) et que les traitements médicamenteux actuellement suivis ne sont pas compatibles avec l'utilisation de machines ou d'instruments tranchants, en raison des risques pour la personne ou les tiers, la conduite automobile étant par ailleurs interdite. Le Dr S.\_\_\_\_\_ conclut qu'en raison de ces traitements, l'intéressée ne peut effectuer les tâches de la vie quotidienne sans aide, toute activité physique induisant une exacerbation des douleurs, ni ne peut exercer aucune activité (TAF pce 1 annexe 3 p. 5). Dans son second rapport (TAF pce 6 annexe 1), le Dr S.\_\_\_\_\_ reprend pour l'essentiel son rapport du 25 février 2015, le complétant par les rapports de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 9 février 2015 et du Dr J.\_\_\_\_\_ du 22 juillet 2014, et y conclut de même.

La position du Dr S.\_\_\_\_\_ ne saurait toutefois semer le doute sur la fiabilité et la pertinence des conclusions de la Dresse L.\_\_\_\_\_. Tout d'abord, on ne connaît pas la spécialité de ce médecin (voir *supra* consid. 6.2.1), qui diagnostique pourtant une fibromyalgie, mais dont le rapport ne contient aucun résultat d'examen clinique sur la personne de la recourante. En outre, il faut tenir compte du fait que ce médecin a été consulté par la recourante en procédure de recours, à l'appui de ses allégations (voir à cet égard *supra* consid. 6.2.3). Par ailleurs, les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ sont insuffisamment motivées et ne convainquent pas. Ainsi, il ne décrit pas les limitations fonctionnelles causées par la fibromyalgie et dont il dit qu'elles diminueraient

considérablement la capacité de l'intéressée à exercer tout type d'activité (TAF pce 1 annexe 3 p. 4). Les seules restrictions qu'il mentionne ont trait à l'utilisation de machines ou d'instruments tranchants ou de véhicules automobiles, et sont liées aux traitements médicamenteux prescrits à l'intéressée, dont la Dresse L. \_\_\_\_\_ s'étonne du reste de la lourdeur (OAIE doc 110 p. 15 en haut), et non pas aux atteintes à la santé dont souffre cette dernière. Or, de telles restrictions n'excluent pas, contrairement à ce que soutient le Dr S. \_\_\_\_\_, tout type d'activité lucrative, comme celle de réceptionniste, standardiste ou encore vendeuse de billets, que suggérait le Dr H. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 25 août 2013 (OAIE doc 121 p. 5). C'est d'ailleurs ce que le Dr S. \_\_\_\_\_ semble vouloir dire lorsqu'il ajoute, dans son second rapport, du 25 juin 2015, qu'il faut déterminer, pour une activité comme « vendeuse de billets », si, en raison de la pathologie pour laquelle la recourante suit les traitements actuellement prescrits, des arrêts de travail pourraient survenir, posant problème dans l'exercice d'un travail de salarié. Or, le Dr S. \_\_\_\_\_ laisse la question ouverte. De plus, il sied de noter, s'agissant du traitement médicamenteux suivi par l'intéressée, qu'il paraît peu efficace selon le Dr S. \_\_\_\_\_ lui-même et que la Dresse L. \_\_\_\_\_ recommandait plutôt, de son côté, un reconditionnement musculaire, ce que conseillaient également certains médecins traitants de la recourante (voir *supra* consid. 12.6.2) ; le Dr S. \_\_\_\_\_ soutient quant à lui que toute activité physique exacerberait la douleur ressentie par l'intéressée. Enfin, ce médecin ne fait état d'aucun élément que l'expertise de la Dresse L. \_\_\_\_\_ aurait ignoré ou d'élément nouveau qui serait apparu depuis cette expertise. C'est ce que relève d'ailleurs le Dr H. \_\_\_\_\_ dans ses prises de position des 2 avril et 13 septembre 2015 (OAIE doc 320 et TAF pce 11), concluant qu'il ne voit pas de motifs de s'écarter des constats et de l'appréciation de l'experte. Dès lors, la position du Dr S. \_\_\_\_\_ ne saurait être suivie.

**12.6.4** S'agissant enfin des autres atteintes somatiques dont font état les médecins qui se sont exprimés en l'espèce, comme l'incontinence urinaire, le status après hystérectomie en 1999 et l'urétérocèle (voir OAIE doc 15 p. 1 à 4, doc 49, doc 52, doc 71, doc 73 p. 2, doc 132, doc 182, doc 245, doc 266), la rhinite ou rhino-sinusite (voir OAIE doc 49, doc 51, doc 132, doc 188), le nodule thyroïdien (voir OAIE doc 68), la sinusite maxillaire et le polype ou kyste au maxillaire gauche (voir OAIE doc 187), ou encore l'hémangiome au foie (voir OAIE doc 133), il y a lieu de relever qu'elles n'ont été considérées par aucun médecin comme étant des maladies aux conséquences permanentes et ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée. Il en va de même de l'infection respiratoire, de

l'asthme bronchique probable ou de l'hypoxémie artérielle que rapportent les documents médicaux établis de juillet à octobre 2015, produits par la recourante avec ses observations complémentaires du 3 novembre 2015 (TAF pce 14) ; le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est exprimé à leur propos le 23 novembre 2015, constatant qu'il n'y a pas d'atteinte pulmonaire importante et donc pas de nouvelle maladie somatique ayant des répercussions sur la capacité de travail (TAF pce 18). Au demeurant, ces nouveaux troubles, comme les céphalées ayant conduit l'intéressée au service des urgences du CHU de (...) en février 2017 (voir rapport de sortie du 28 février 2017 [TAF pce 21]) ou les douleurs ressenties au coccyx en novembre 2017 (voir rapport du 8 novembre 2017 du CHU de (...) [TAF pce 21]), sont survenus après la décision litigieuse et ne sauraient être pris en considération dans le cas présent, dans la mesure où ils ne sont pas étroitement liés à l'objet du litige ni de nature à influencer l'appréciation au moment de la décision attaquée (voir *supra* consid. 4.2).

### 13.

Au niveau psychiatrique également, le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2013 (OAIE doc 279) remplit lui aussi les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante et qu'il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre.

**13.1** Ainsi, le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est référé d'emblée au rapport d'expertise du COMAI du 30 mars 2001 et aux diagnostics retenus alors, tenant compte du fait qu'il intervenait dans le cadre d'une révision de rente (OAIE doc 279 p. 1). Il a ensuite rapporté, dans son anamnèse, les plaintes de la recourante (OAIE doc 279 p. 1 et 2), indiquant notamment qu'elle se sentait triste en raison de problèmes tant familiaux que de santé, qu'elle se sentait également fatiguée à cause des douleurs dont elle souffrait et de troubles du sommeil, qu'elle avait l'impression d'avoir moins de valeur qu'auparavant, mais qu'elle se sentait mieux toutefois depuis qu'elle suivait une thérapie psychiatrique. Le rapport d'expertise fait par ailleurs état du déroulement d'une journée typique pour l'intéressée, ainsi que d'une anamnèse biographique, scolaire, relationnelle et familiale (OAIE doc 279 p. 3). Puis, le Dr M. \_\_\_\_\_ a noté ses observations, fondées sur son entretien avec la recourante, relevant en particulier que cette dernière s'est comportée de façon adéquate et coopérative, qu'elle est orientée et claire, qu'elle ne présente aucun trouble de la personnalité, ni de la perception, que son humeur est adéquate, bien que certains thèmes de la vie la touchent, que son appétit est changeant et son sommeil perturbé, mais qu'elle ne souffre pas d'angoisses et n'a aucune idée suicidaire (OAIE

doc 279 p. 4). Sur la base de ces constats, l'expert psychiatre a procédé à une appréciation du cas et posé un diagnostic motivé, relevant que l'intéressée présente une humeur dépressive, une fatigabilité accrue, une perte d'estime de soi, une capacité de concentration réduite, des troubles du sommeil et un appétit variable, raison pour laquelle il retenait le diagnostic d'épisode dépressif moyen (CIM-10 : F32.1 ; OAIE doc 279 p. 4 en bas). Enfin, il a conclu, de façon motivée une fois encore, à une capacité de travail entière dans une activité légère, expliquant qu'il n'avait constaté aucune atteinte cognitive ou affective sévère, qui aurait pu constituer un frein à l'exercice d'une activité (OAIE doc 279 p. 5).

**13.2** Dès lors, le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ apparaît motivé et convaincant et ni les critiques de la recourante à l'encontre de ce rapport, ni la documentation médicale se trouvant au dossier au niveau psychiatrique ne sont de nature à remettre en cause la valeur probante de ce rapport et ses conclusions.

**13.2.1** La recourante indique en effet qu'elle peinait à comprendre le Dr M. \_\_\_\_\_, qui lui aurait surtout parlé en allemand et peu en espagnol (TAF pce 1). Il ressort du dossier qu'après avoir reçu le courrier de l'OAIE du 4 décembre 2012 (OAIE doc 87) lui annonçant la nécessité d'une expertise médicale en Suisse et le nom des experts, l'intéressée, par téléphone du 14 décembre 2012 (OAIE doc 89), avait sollicité la présence d'un-e traducteur-trice lors de l'expertise, ce que l'OAIE avait organisé s'agissant de l'examen de la Dresse L. \_\_\_\_\_ (OAIE docs 99 et 103). Concernant l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, celui-ci ayant informé l'OAIE qu'il parlait très bien l'espagnol, l'administration a estimé qu'un-e traducteur-trice n'était pas nécessaire, ce dont elle a informé la recourante (OAIE docs 95, 98). Il y a lieu de relever ensuite que bien que l'entretien avec le Dr M. \_\_\_\_\_ ait eu lieu le 26 mars 2013 et que son rapport date du 22 juillet 2013, ce n'est que dans son opposition du 18 août 2014 (OAIE doc 291) au projet de décision du 22 mai 2014 (OAIE doc 287) que l'intéressée a fait valoir pour la première fois qu'elle aurait eu des difficultés à comprendre l'expert psychiatre (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_909/2017 du 26 juin 2018 consid. 5.2). Enfin, elle ne mentionne, ni dans son opposition, ni dans son recours, quels sont les éléments du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ qui seraient erronés ou imprécis. Cette allégation de la recourante ne saurait donc affaiblir la qualité et la pertinence du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_.

**13.2.2** Il sied de noter par ailleurs que les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ ne s'avèrent pas particulièrement défavorables à la recourante et ne jouent au

demeurant qu'un rôle mineur dans l'amélioration de la capacité de travail retenue par l'administration – plus largement, le Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre du service médical de l'OAIE, consulté dans le cadre de la révision de la rente, estime que la composante psychiatrique joue un rôle secondaire dans le présent dossier et que le diagnostic d'épisode dépressif moyen n'est pas justifié, notamment au vu des observations exposées dans le rapport d'expertise (prise de position du 28 avril 2014 [OAIE doc 284 ; voir également OAIE doc 301]).

Ainsi, comme les experts du COMAI (voir OAIE doc 5 p. 11), le Dr M.\_\_\_\_\_ observe chez la recourante un sentiment de tristesse accompagné de fatigue, un sentiment de dévalorisation et une labilité émotionnelle pendant l'entretien, mais aucune idéation suicidaire, ni aucun trouble grave de la personnalité ou une autre pathologie psychiatrique spécifique. Il pose ainsi, comme les experts du COMAI, le diagnostic principal d'épisode dépressif moyen (CIM-10 : F32.1). Par contre, il ne retient pas le second diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, ou autre atteinte de symptomatologie douloureuse sans substrat organique objectivable, ce qui s'explique par l'absence de conclusions dans ce sens de la part de l'experte rhumatologue et par le fait que le Dr M.\_\_\_\_\_ ne constate plus dès lors de symptômes de type anxieux, lesquels correspondaient, pour les experts du COMAI, à un dysfonctionnement neurovégétatif (OAIE doc 5 p.9). En outre, à l'instar de l'expert psychiatre du COMAI, qui indiquait que l'intéressée pourrait travailler dans une profession adaptée à ses problèmes somatiques (OAIE doc 5 p. 9 en bas), le Dr M.\_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle de nature psychiatrique (OAIE doc 279 p. 5). Toutefois, à la différence de l'expert du COMAI, il en explique les motifs, déclarant qu'il n'a constaté aucune atteinte cognitive ou affective sévère qui aurait pu constituer un frein à l'exercice d'une activité. Ce qui justifie sa conclusion d'une pleine capacité de travail, alors qu'on peine à comprendre pourquoi, d'un point de vue psychiatrique, l'expert du COMAI avait indiqué un taux d'occupation de 60% à 70%, si ce n'est pour des raisons de restrictions somatiques.

**13.2.3** Les rapports psychiatriques produits par la recourante avant la procédure de recours ne viennent pas non plus remettre en cause la position du Dr M.\_\_\_\_\_. A cet égard, se trouve au dossier un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, du 5 août 2010 (OAIE doc 50), qui fait pour l'essentiel les mêmes constats que le Dr M.\_\_\_\_\_, à savoir en particulier une humeur dépressive, des difficultés à dormir et de la fatigue, mais un comportement adéquat, pas de trouble de la personnalité, pas de tendance

suicidaire et des contacts affectifs satisfaisants (voir OAIE doc 50 p. 2) ; ce médecin pose le diagnostic de trouble dépressif secondaire, dans le cadre d'une fibromyalgie, et conclut à une incapacité de travail de 0%. Plus tard, un rapport du 26 septembre 2012 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès de l'Unité de santé mentale du CHU de (...), où se rend l'intéressée depuis le 27 janvier 2011, note que cette dernière présente une symptomatologie anxio-dépressive qui se serait aggravée durant l'année écoulée en raison notamment du décès d'un frère et de diverses pathologies que la psychiatre qualifie de somatiques, rendant difficile la réalisation des activités habituelles ; la Dresse K.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM-10 : F33.0) et prescrit des médicaments à la recourante (OAIE doc 73 p. 1). A noter que la psychiatre traitante ne pose pas non plus de diagnostic correspondant à une affection psychosomatique douloureuse, sans substrat organique objectivable, et qu'elle lie les difficultés que rencontre sa patiente dans l'exécution de ses tâches habituelles à des atteintes somatiques et non psychiques. Puis dans un rapport du 7 octobre 2013 (OAIE doc 127), soit postérieur de quelques mois à l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, la Dresse K.\_\_\_\_\_ constate que la symptomatologie initiale s'est partiellement améliorée et qu'il persiste une humeur subdépressive, ainsi que les insomnies dont se plaint sa patiente ; elle conclut à une dysthymie, évoluant vers la chronicité en raison de la persistance des troubles somatiques. La psychiatre de la recourante fait donc état d'une amélioration de l'état de santé psychiatrique de sa patiente allant bien au-delà de ce qu'avait observé l'expert psychiatre M.\_\_\_\_\_, et ne mentionne plus de difficultés dans l'exercice d'activités. Dans un rapport ultérieur, du 12 juin 2014 (OAIE doc 297), joint à l'opposition de la recourante du 18 août 2014 (OAIE doc 291) au projet de décision du 22 mai 2014, la Dresse K.\_\_\_\_\_ reprend les éléments de son précédent rapport, posant toujours le diagnostic de dysthymie, et confirme l'amélioration de l'état de santé psychiatrique de sa patiente. Ce n'est que dans son rapport suivant, du 9 février 2015 – dont les termes sont repris par la suite, dans le rapport du 16 octobre 2017 (TAF pce 21) –, que la Dresse K.\_\_\_\_\_ revient à une symptomatologie anxio-dépressive, accompagnée notamment d'une anxiété neurovégétative, et au diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM-10 : F33.0) ; en outre, la Dresse K.\_\_\_\_\_ conclut cette fois à l'incapacité de sa patiente à exercer une activité lucrative de façon adéquate. Or ce rapport de la psychiatre traitant la recourante, postérieur à la décision litigieuse et produit par l'intéressée avec son mémoire de recours, n'est pas, lui non plus, de nature à mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_. En particulier, pour expliquer cette aggravation, qu'elle ne qualifie pas comme tel d'ailleurs, la Dresse K.\_\_\_\_\_ reprend les mêmes éléments que ceux

qu'elle mentionnait dans son rapport du 26 septembre 2012, à savoir les difficultés liées aux pathologies organiques de sa patiente, aux douleurs, aux limitations fonctionnelles que causent ces pathologies et à divers événements familiaux pénibles. Elle ne décrit cependant ni quelles sont ces limitations, qui s'avèrent être toujours liées aux atteintes somatiques, ni quels sont les événements familiaux pénibles qu'aurait subis sa patiente au cours des deux dernières années. Sur cette base, elle conclut cette fois à une incapacité de travail de sa patiente, sans exposer les motifs d'une telle conclusion, en particulier les raisons psychiatriques de cette incapacité de travail. Dans sa prise de position du 20 avril 2015 à cet égard (OAIE doc 322), le Dr R.\_\_\_\_\_, ainsi qu'il en a la tâche (voir *supra* consid. 6.2.4), apprécie ce rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_, relevant que le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'a pas de signification s'il n'est pas qualifié de léger, moyen ou sévère, qu'une telle distinction n'est pas possible sur la base des éléments du rapport, ces quelques éléments allant plutôt dans le sens d'une symptomatique légère, comme la dysthymie retenue précédemment, et qu'il n'y a donc pas actuellement de motifs psychiatriques justifiant une incapacité de travail.

**13.3** Il convient de relever encore que conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral développée dès juin 2015 à propos des troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de telles troubles devrait être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; ATF 143 V 418 consid. 6 ss). Pour ce faire, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3, 4.3 et 4.4). La Haute Cour a toutefois souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifiait en rien celle tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA, laquelle exige la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et impose un examen objectif de l'exigibilité, le fardeau de la preuve matérielle incombant à la personne requérante. Comme auparavant, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante au degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards, et exemptes de contradictions (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 3.7.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, le

Tribunal fédéral a considéré que la jurisprudence de l'ATF 137 V 210 consid. 6 gardait toute sa pertinence dans le sens que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdaient pas de fait leur valeur probante. Cas échéant, un complément ponctuel pourrait s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid.8). La Haute Cour a encore précisé que l'on pouvait renoncer à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs, lorsqu'un tel examen n'apparaissait ni nécessaire ni adéquat. Il en serait ainsi, notamment, lorsque des rapports médicaux clairs et bien motivés excluent toute incapacité de travail, et qu'en raison d'un défaut de spécialisation du médecin qui s'exprime ou pour un autre motif, les avis médicaux qui soutiennent le contraire ne s'avèrent pas pertinents (ATF 143 V 418 consid. 7.1).

Or, tel est le cas en l'espèce, l'expert psychiatre M.\_\_\_\_\_ ne faisant état, dans son rapport d'expertise du 22 juillet 2013, dont la qualité et la fiabilité ont été démontrées (voir *supra* consid. 13.1 et 13.2), d'aucune limitation fonctionnelle de nature psychiatrique et concluant de façon motivée que la capacité de travail de la recourante est entière d'un point de vue psychiatrique (voir notamment *supra* consid. 13.2.2). Conclusion d'ailleurs soutenue par le Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès de l'OAIE, et que ne contredisent pas les rapports de la psychiatre traitant la recourante, la Dresse K.\_\_\_\_\_, jusqu'à son rapport du 9 février 2015, dont la fiabilité et la pertinence ont déjà été discutées ci-avant (voir *supra* consid. 13.2.3).

#### **14.**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans peut se rallier à l'appréciation des experts L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ et à celle de l'administration, et conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que, par rapport à la situation donnée le 4 avril 2002, date de la décision octroyant à la recourante un quart de rente d'invalidité, la capacité de travail médico-théorique de celle-ci s'est améliorée, cette capacité s'élevant dès le 26 mars 2013, date des expertises, à 60% dans l'activité habituelle de nettoyeuse/aide de cuisine et à 100% dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles mises en évidence par la Dresse L.\_\_\_\_\_ (voir prise de position du Dr H.\_\_\_\_\_ du 25 août 2013 [OAIE doc 121 p. 2]).

#### **15.**

Par souci de complétude, et bien que cette question n'ait pas été soulevée par les parties en cause, il sied de noter, avant d'examiner l'évaluation de

la perte de gain de la recourante, que lorsque l'OAIE a entamé, en août 2012, la révision de la rente d'invalidité de l'intéressée, il l'a fait sous l'angle de la 6<sup>e</sup> révision de la LAI (voir OAIE docs 60, 83), pour la poursuivre et l'achever sur la base de l'art. 17 LPGA.

Une révision basée sur les dispositions finales de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI n'est envisageable que si la rente révisée a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. La capacité de travail fondée sur un substrat organique ou psychique ne peut, par contre, être révisée que sur la base de l'art. 17 LPGA. Lorsque cette distinction est difficile, il convient, selon la jurisprudence, de procéder de la manière suivante : lorsque les troubles organiques ou psychiques indépendants (au moment de l'octroi de la rente et/ou au moment du réexamen) ne font que renforcer les effets du syndrome sans pathogenèse claire, un réexamen intégral de la rente fondé sur la let. a al. 1 des dispositions finales est possible ; par contre, dans les cas où ces troubles ont contribué d'une manière indépendante à l'incapacité de travail qui a donné droit à une rente, l'administration ne peut pas procéder à un réexamen selon les dispositions finales (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-861/2014 du 15 août 2018 consid. 9).

En l'espèce, il ressort du rapport du COMAI du 30 mars 2001 (OAIE doc 5 p. 10) que l'état dépressif d'intensité modérée était un diagnostic en lui-même et qu'il ne venait pas uniquement renforcer le syndrome psychosomatique douloureux observé ; en outre, bien que l'expert psychiatre n'ait pas fait état de limitations fonctionnelles psychiques, la capacité de travail résiduelle retenue, ayant abouti à l'octroi en faveur de la recourante d'un quart de rente d'invalidité, a été estimée globalement (OAIE doc 5 p. 11), se justifiant tant par l'existence d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, ou d'une fibromyalgie, dont faisait également état l'expert rhumatologue du COMAI, que d'un trouble dépressif. Puis il s'est avéré, au cours de la présente procédure de révision, que les diagnostics liés à des affections psychosomatiques douloureuses, sans substrat organique objectivable, ne pouvaient plus être retenus. Désormais, l'incapacité de travail constatée est due à des troubles organiques indépendants, observés par l'experte L.\_\_\_\_\_, soit des lombalgies chroniques, sur troubles dégénératifs à type de discopathie très discrètement protrusive, et un déconditionnement musculaire global, l'expert psychiatre M.\_\_\_\_\_ maintenant quant à lui le diagnostic d'épisode dépressif moyen. A cet égard d'ailleurs, le Dr H.\_\_\_\_\_ relève dans sa prise de position du 30 janvier 2014 (OAIE doc 282) que seuls demeurent et sont pertinents certains troubles dégénératifs de la colonne

lombaire, qui implique une plus faible résistance au niveau du dos et qui continuent ainsi d'affecter la capacité de travail de l'intéressée. Dans ces circonstances, l'administration ne pouvait pas procéder à un réexamen 6a, et c'est à raison que l'OAIE a poursuivi la révision du quart de rente d'invalidité de la recourante sous l'angle de l'art. 17 LPGA.

## **16.**

En application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, l'administration a retenu une perte de gain de 16% ne donnant plus droit à une rente d'invalidité (OAIE doc 286). Or, avant de procéder au calcul du taux d'invalidité de la recourante, l'autorité inférieure aurait dû examiner si celle-ci pouvait encore mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques de travail qui lui ont été reconnues.

**16.1** En effet, dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée ; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne concernée n'est pas en mesure – pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail – de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1, 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2).

Ainsi, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne concernée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou

reconsidération (art. 53 al. 2 LPG), du droit à la rente concerne une personne qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne concernée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office AI doit vérifier dans quelle mesure la personne concernée a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.2 et 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références), à moins toutefois que le manque de volonté ou de capacité subjective à la réadaptation ne fasse objectivement défaut à la personne concernée (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3 et 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7370/2016 du 23 mars 2018 consid. 13.2.1). En l'absence d'une telle volonté ou aptitude subjective de réadaptation de la part de la personne concernée, l'administration peut en effet refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt du Tribunal fédéral I 370/98 du 26 août 1999, publié dans Pratique VSI 3/2002 p. 111).

**16.2** En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente d'invalidité durant plus de 15 ans, du 1<sup>er</sup> avril 1999 au 1<sup>er</sup> mars 2015 (ATF 141 V 5 consid. 4). Il convient de relever à cet égard que pour la condition de la durée de 15 ans, le montant de la rente (trois quarts, demi ou quart de rente) ne joue aucun rôle (ATF 141 V 5 consid. 4.2.1 *in fine* ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 8 ad art. 31). L'intéressée appartient dès lors à cette catégorie de personnes dont il convient de présumer qu'elles ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elles pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. Il ressort toutefois du dossier que l'autorité inférieure n'a pas examiné la question de l'octroi éventuel de mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle. Or, il s'avère qu'en l'espèce, bien que l'OAI BE, en avril 2002, au moment de l'octroi à l'intéressée d'un quart de rente d'invalidité, ait retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'aide-cuisinière/nettoyeuse et de 70% dans une activité adaptée, la recourante n'a jamais fait usage de sa capacité de travail résiduelle, ni à cette époque-là lorsque, âgée de 33 ans, elle vivait encore en Suisse, ni par la suite quand, en mars 2004, elle est retournée en Espagne, où les difficultés liées à la langue, qu'elle aurait pu rencontrer en Suisse dans la recherche d'un emploi, n'avaient plus lieu d'être. Ainsi, elle n'a pas repris d'activité lucrative – ce qui lui aurait permis de se maintenir

dans le monde du travail –, quand bien même sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé était de 70% et que les limitations mises en évidence, soit une activité légère, n'incluant pas le port de charges de plus de 15 kg, ni de mouvements répétitifs, étaient modérées et permettaient, malgré son manque de formation professionnelle (voir OAIE doc 110 p. 8 et doc 279 p. 1), de choisir parmi un éventail d'activités relativement large. Par ailleurs, il ressort d'un rapport final du 10 mai 2001 de la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI BE que déjà à l'époque de l'examen de la demande de prestations AI déposée par l'intéressée, cette dernière, faisant valoir qu'elle avait besoin de l'aide de son mari dans les travaux du ménage, estimait son état de santé incompatible avec la reprise d'une quelconque activité lucrative, raison pour laquelle aucune proposition de réadaptation ou de mesure propre au placement n'avait alors été faite (OAIE doc 6). Or, c'est ce qu'elle soutient aujourd'hui également, dans son acte de recours notamment, faisant valoir qu'elle ne peut accomplir les tâches de la vie quotidienne sans aide et que malgré les traitements, toute activité physique exacerbe ses douleurs, de sorte qu'elle ne peut exercer aucune activité. Dès lors, force est de constater que la recourante ne présente pas de volonté ou capacité subjective reconnaissable de s'auto-insérer dans le monde du travail et que des mesures d'ordre professionnel seraient donc d'emblée vouées à l'échec. Il n'y a pas lieu, en conséquence, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à l'examen de la nécessité et à l'éventuelle mise en œuvre de telles mesures.

## **17.**

Il ne reste plus qu'à examiner l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'OAIE et de déterminer si celle-ci est conforme au droit.

**17.1** Le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Ainsi, le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA : le revenu que la personne concernée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé au moment déterminant avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle sur un marché du travail équilibré. La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode générale ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). Les deux revenus doivent être déterminés de façon objective. Des aspects étrangers

à l'invalidité doivent être soit ignorés, soit pris en considération dans une mesure identique pour les deux revenus de référence (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 19 ad art. 28a ; ATF 129 V 222 consid. 4.4).

**17.2** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'AI. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un-e invalide peut être placé-e eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il ou elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les références, et 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

**17.3** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). Enfin, le revenu d'invalide doit être comparé, au moment déterminant, avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit être effectuée en se référant en principe à la situation au moment où le droit à la rente peut naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4). Dans le cas d'une révision, les salaires avant et après invalidité doivent être indexés, par analogie, jusqu'à la décision de révision (ATF 128 V 174, ATF 129 V 222 consid. 4.1), en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne assurée résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

**17.4** Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu gagner au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que la personne concernée a obtenu avant l'atteinte à la santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être déterminé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; <http://www.bfs.admin.ch>; Tableau TA1\_skill\_level, Branches économiques [NOGA08], intitulé « Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe – Secteur privé »).

**17.5** Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation concrète de l'intéressé-e. Toutefois, lorsque la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références, ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3), relativement aux activités lucratives médicalement exigibles.

**17.6** Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb).

**17.7** Dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3, ATF 135 V 297 consid. 5.2, ATF 134 V 322 consid. 5.2, ATF 126 V 75 consid. 5b, ATF 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016

consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

## 18.

**18.1** En l'occurrence, l'OAIE a effectué le calcul du taux d'invalidité de la recourante en mai 2014 en tenant compte, comme revenu sans invalidité, du salaire qui aurait été celui de l'intéressée en 1999, indexé à l'année 2010, et d'un salaire d'invalidé fondé sur les données de l'ESS 2010 (OAIE doc 286). Toutefois, la décision de suppression de rente ayant été rendue en janvier 2015, il s'agit dans le présent calcul d'indexer les salaires à l'année 2015.

**18.2** Concernant le salaire sans invalidité, dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité lucrative par la suite, il convient, comme l'a fait l'OAIE, de prendre en compte le salaire mensuel qui aurait été celui de la recourante dans son activité habituelle en Suisse, au Centre hospitalier de (...), en 1999, moment de la naissance du droit à la rente. Ce salaire, tel qu'il ressort du questionnaire pour l'employeur du 22 juin 1999 (OAIE doc 14 p. 4 à 6), s'élève à CHF 3'928.17, qu'il s'agit d'indexer à l'année 2015 ( $[3'928.17 \times 2'686 \text{ (année 2015)}] : 2'156 \text{ (année 1999)} ; \text{indice } 100 = 1939 ; \text{OFS, Tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016 », « Salaires nominaux », « Femmes »}$ ), pour obtenir un montant de CHF 4'893.81.

**18.3** S'agissant du salaire après invalidité, l'autorité inférieure s'est fondée sur les données statistiques de l'ESS. Elle a retenu à raison le montant correspondant à la moyenne des salaires, tous secteurs confondus, sur laquelle il est usuel de se baser lors de la comparaison des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_311/2012 du 23 août 2012 consid 4.1 ; ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), moyenne relative, en l'occurrence, aux femmes ayant un niveau de compétences 1, ce qui est admissible considérant les limitations fonctionnelles et les activités légères, simples et répétitives que pourrait exercer la recourante (gestion de stocks, réparation de petits appareils, vente de billets, classement et archivage, distribution de courrier interne, réception, saisie de données : voir prise de position du 25 août 2013 du Dr H. \_\_\_\_\_ [OAIE doc 121]). Cette moyenne est de CHF 4'300.- en 2014, selon le Tableau TA1 précité (voir *supra* consid. 17.4). Une fois indexé à l'année 2015, ce montant s'élève à

CHF 4'320.90 ([4'300 x 2'686] : 2'673), puis à CHF 4'504.55 après adaptation à l'horaire hebdomadaire usuel en 2015, tous secteurs confondus, soit 41.7 heures (OFS, « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, En heures par semaine »). Enfin, ce montant doit subir un abattement, que l'OAIE a fixé à 10% compte tenu des limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé de la recourante, de son âge (46 ans en 2015) et de son manque de formation. Cette argumentation n'étant certes pas insoutenable, et l'abattement n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu de s'en écarter, d'autant que même avec une réduction maximale de 25% du salaire statistique d'invalidé déterminé ci-dessus, le taux d'invalidité ne serait pas suffisant pour maintenir le droit de la recourante à une rente AI. Ainsi, après l'abattement de 10%, le revenu d'invalidé correspond à un montant de CHF 4'054.10 (CHF 3'378.41 avec 25% de réduction).

**18.4** La comparaison des revenus de valide et d'invalidé ainsi obtenus aboutit à un taux d'invalidité de 17.15% ( $[4'893.81 - 4'054.10] \times 100 : 4'893.81$  ; 30.97% avec un revenu d'invalidé de CHF 3'378.41), arrondi à 17% selon les règles jurisprudentielles (ATF 130 V 121 consid. 3.2), n'ouvrant plus droit à un rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI ; voir *supra* consid. 5.2).

## **19.**

Au vu de tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a supprimé le quart de rente de la recourante dès le 1<sup>er</sup> mars 2015 (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI [RS 831.201]), considérant que cette dernière a retrouvé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'elle ne présente plus qu'une perte de gain de 17%.

En conséquence, le recours du 27 février 2015 est rejeté et la décision du 15 janvier 2015 confirmée.

## **20.**

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 400.- (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1<sup>bis</sup> et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction (TAF pces 4 et 5). En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 FITAF [RS 173.320.2]).

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

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

**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. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

**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 LTF). 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 (art. 42 LTF).

Expédition :