



---

Cour III  
C-2464/2017

## Arrêt du 7 février 2019

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Vito Valenti, Christoph Rohrer, juges,  
Marion Capolei, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Thierry Robles Garcia,  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger OAIE,**  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente (décision du 20  
mars 2017).

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

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressée, l'assurée ou la recourante), née le (...) 1966, est une ressortissante suisse et mère de deux enfants nées en 1992 et 1994 (AI pce 12). D'après les extraits de son compte individuel, elle a travaillé en Suisse de manière non continue notamment en tant que vendeuse, ouvrière d'usine, serveuse et instructrice de fitness de 1984 à 1992 et de 2001 à 2011 (AI pces 31 p. 2 ; 65 p. 2). En dernier lieu, elle a été employée de mai 2008 jusqu'à juin 2011 en tant que serveuse à temps partiel (50%) auprès de B. \_\_\_\_\_ Sàrl à (...). En même temps, elle a dispensé des cours de yoga (4 à 5 heures par semaine) auprès de sa société « C. \_\_\_\_\_ » à (...) ainsi qu'auprès de D. \_\_\_\_\_ SA. En date du 31 janvier 2011, elle a dû mettre un terme à l'exploitation de « C. \_\_\_\_\_ » suite à ses problèmes de santé (AI pces 31 p. 2 ; 62 ; 65 p. 2 ; 94 p. 29 ss).

**B.**

Avant 2008, l'intéressée avait déposé plusieurs demandes de prestations de l'assurance-invalidité principalement en raison d'une luxation congénitale des hanches (interventions orthopédiques en 1970, 1972 et 2001) et d'un syndrome lombo-vertébral douloureux (AI pces 1 à 11 ; 17 à 19 ; 93 p. 1 s ; 94 p. 119 à 133 et 141 à 166).

**C.**

**C.a** Souffrant notamment de troubles situés au niveau de l'iléon (maladie de Crohn depuis 2008) et de la colonne vertébrale (spondylarthrite depuis 2009), l'intéressée a présenté en décembre 2009 une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton G. \_\_\_\_\_ (AI pce 12 p. 3 ss).

**C.b** Sur la base des documents médicaux versés au dossier (AI pces 20 à 30 ; 33 à 40 ; 43 à 46, 48, 52 à 56, 58), le Service médical régional (ci-après : le SMR), soit pour lui le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale (selon le registre des professions médicales consulté la dernière fois le 3 décembre 2018 sur <https://www.medregom.admin.ch>), a retenu dans sa prise de position datée du 15 février 2011 (AI pce 59) les diagnostics principaux de spondyl-arthropathie HLA-B27 négatif avec atteinte digestive, axiale et périphérique (CIM-10 M45). Le médecin du SMR a fixé le début de l'incapacité de travail durable au 30 avril 2009, retenant l'évolution suivante : une incapacité de travail dans toute activité professionnelle de 100% du 30 avril 2009 au 29 juillet 2009, de 50% du 30 juillet 2009 au 5 octobre 2009, de 100% du 6 octobre 2009 au 28 février 2010,

de 75% du 1<sup>er</sup> mars 2010 au 25 avril 2010, de 50% du 26 avril 2010 au 20 janvier 2011 et de 100% dès le 21 janvier 2011. Dit médecin a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, éviter les mouvements en porte à faux avec long bras de levier, des mouvements d'antéversion répétitifs ainsi que tout mouvement au-dessus de l'horizontale des épaules. En outre, il a signalé que la situation médicale n'était pas stabilisée et que la capacité de travail était nulle dans toute profession, l'exigibilité dans une activité adaptée pouvant être augmentée de 20% à 30% dans un avenir moyen.

**C.c** Se fondant sur ladite prise de position du Dr E. \_\_\_\_\_ du 15 février 2011 (AI pce 59), sur un certificat médical du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 30 juin 2010 attestant une incapacité de travail de l'intéressée de 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et sur l'avis du service juridique de l'OAI du canton G. \_\_\_\_\_ (AI pces 93 p. 21 et 27 ; 94 p. 24 s), ledit office a, par décision du 16 avril 2012 (AI pce 64), informé que l'assurée avait droit à une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 55% (cf. AI pces 61 p. 62 s 63 p. 1 ss ; 94 p. 33), à partir du 1<sup>er</sup> avril 2010, mais que compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations AI le 22 décembre 2009 et au vu de l'article 29 al. 1 LAI, ladite rente ne pouvait être payée qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 2010. Suite à une aggravation de l'état de santé survenue le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et compte tenu du fait que l'incapacité de travail moyenne durant le délai d'attente avait été supérieure à 70% (cf. art. 88a al. 2 RAI cum 29<sup>bis</sup> RAI par analogie et ch. 4011 CIIAI), la demi-rente était remplacée par une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010 (AI pce 63 p. 1 ss et 8 s). N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force de chose décidée.

## **D.**

**D.a** Au cours de la première révision d'office de la rente AI initiée en décembre 2012 (AI pces 63 p. 5 ; 94 p. 17), l'assurée a fait parvenir à l'OAI du canton G. \_\_\_\_\_ plusieurs nouveaux documents médicaux (AI pces 68 ; 75 à 79 ; 81 à 85 ; 87 ; 90 ; 93 p. 7 ss et 22 ss).

**D.b** Puis, l'OAI du canton G. \_\_\_\_\_ a reçu le 21 mars 2013 une attestation de la commune (...) indiquant que l'intéressée avait annoncé son départ définitif de la Suisse dès le 20 mars 2013 pour (...) en France (AI pce 88). Par pli daté du 30 mai 2013, ledit office a transmis le dossier de la cause pour compétence à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure) et l'a informé que la révision du

dossier n'avait pas pu être terminée en raison du déménagement de l'assurée (AI pce 95).

**D.c** Sans procéder à d'autres mesures d'instruction, l'OAIE a, par décision du 27 septembre 2013, alloué à l'intéressée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2013 (AI pce 99 p. 1). N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force de chose décidée.

## **E.**

**E.a** Dans le cadre de la deuxième révision d'office de la rente AI initiée en octobre 2015 (AI pce 100 ss), l'intéressée a fait parvenir à l'OAIE plusieurs nouveaux documents médicaux (AI pces 101 à 103 ; 105 ; 108 ; 110 ; 111 ; 113 à 122 ; 124).

**E.b** Dans sa prise de position médicale du 9 décembre 2015, le SMR, soit pour lui le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation (AI pce 129), a expliqué qu'au vu de l'ensemble des pièces médicales, il ne pouvait pas valider sur dossier le diagnostic d'une spondylarthrite. Dès lors, il a estimé qu'un examen complet de la patiente et des dossiers, clinique et radiologique, était nécessaire dans le cadre d'une expertise rhumatologique dont le but était celui de savoir s'il y avait, ou non, une spondylarthrite, et, si cette dernière existait réellement, de connaître son degré d'activité. Il a également souligné qu'il était important de savoir si d'autres pathologies intervenaient dans ce tableau clinique complexe.

**E.c** Une expertise rhumatologique a été réalisée en Suisse les 18 avril et 13 septembre 2016 par la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne (AI pce 154). Cette experte a retenu chez l'intéressée les diagnostics ayant une incidence sur sa capacité de travail suivants (p. 39) : coxarthrose bilatérale prédominante à gauche sur status après interventions orthopédiques (1970, 1971, 2001) pour dysplasie congénitale des hanches (CIM-10 Q65.8) ; spondylarthrose (CIM-10 M47.8) compliquée de séquelles de la maladie de Scheuermann dorsale (CIM-10 M42.0), possible ancienne fracture de D12, et de dysbalances musculaires sur boiterie par insuffisance des moyens fessiers ; syndrome rotulien (CIM-10 M22.4). Comme diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail, elle a mentionné une maladie de Crohn, status après résection iléo-caecale en 2013 (CIM-10 K50.9) ; possibles enthésopathies rhumatismales sans spondylarthropathie ankylosante définie active (CIM-10 M77.9) ; douleurs chronifiées de type allodynique sans substrat étiologique évident (CIM-10

R52.1) ; arthrose d'Heberden débutante (CIM-10 M15.1) ; syndrome du tunnel carpien à droite (CIM-10 G62.9) ; discrète atteinte séquellaire L3 gauche (CIM-10 M54.1) ; laxité ligamentaire (CIM-10 M24.2). Durant son examen, elle a observé les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité d'un travail léger, permettant des alternances de posture, évitant le travail en hauteur, en zone basse, les longs déplacements, les terrains instables, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les ports de charge de plus de 5 kg surtout au-dessus de l'horizontale, les mouvements d'antéversion répétitifs et le stress (p. 36 ; 40). Sur cette base, elle a retenu une incapacité de 100% dans l'ancienne activité de serveuse et professeuse de fitness. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus, elle a attesté une capacité de travail de l'intéressée de 70% (p. 40). En outre, dite experte a suggéré, au vu du contexte de douleurs chroniques sans substrat organique permettant d'attester de répercussions fonctionnelles homogènes dans tous les domaines de la vie, d'explorer la sphère psychologique de l'assurée par une évaluation psychiatrique, si son expertise devait modifier la décision de prestations de l'OAIE au plan somatique (p. 38).

**E.d** Dans sa prise de position médicale du 5 octobre 2016 (AI pce 164), le Dr J. \_\_\_\_\_, estimant que l'expertise de la Dre I. \_\_\_\_\_ contenait des conclusions claires et cohérentes, a posé le diagnostic principal de coxarthrose bilatérale sur status post luxation congénitale opérée à 4, 5 et 26 ans (CIM-10 Q65.8). Comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, dit médecin a retenu un syndrome rotulien, des lombalgies et cervicalgies sur spondylarthrose et troubles statiques avec comme facteurs aggravants : une boiterie sur insuffisance fessière, une possible ancienne fracture de D12 (versus séquelle de Scheuermann) et des dysbalances musculaires. En outre, il a mentionné les diagnostics associés sans répercussions sur la capacité de travail suivants : maladie de Crohn, possible enthésopathie sans évidence de spondylarthrite, douleurs chroniques sans substrat anatomique, syndrome du canal carpien droit, arthrose débutante d'Heberden, laxité articulaire asymptomatique. Dit médecin a décrit les limitations fonctionnelles de l'intéressée suivantes : nécessité d'une position de travail alternée, pas de travaux lourds (port de charges occasionnel de maximum 7 à 10 kg), limitation de la marche en particulier sur terrain inégal, appui instable, pas de postures non ergonomiques pour la colonne. Dans l'activité habituelle, il a retenu une incapacité de travail de l'intéressée de 100% dès 2010, et dans une activité adaptée aux dites limitations fonctionnelles une incapacité de travail de 30% dès le 13 septembre 2016.

**E.e** Se basant sur les taux de capacité de travail et sur lesdites activités de substitution proposés par le SMR dans sa prise de position du 5 octobre 2016 (cf. AI pce 164), l'OAIE a retenu le 28 octobre 2016 que l'intéressée subissait du fait de son atteinte à la santé une diminution de sa capacité de gain de 45.47% dès le 13 septembre 2016 (AI pce 165).

**E.f** Dans son projet de décision du 3 novembre 2016 (AI pce 166), l'OAIE a proposé de remplacer la rente entière d'invalidité par un quart de rente au motif que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré à partir du 13 septembre 2016 (date de la deuxième consultation clinique par l'experte ; cf. AI pce 154). Il a notamment expliqué que le diagnostic d'une spondylarthrite n'était pas validé, qu'une possible enthésopathie et des douleurs sans substrat anatomique étaient présentes et que les douleurs rachidiennes et des hanches étaient expliquées par des troubles dégénératifs. Sur le plan fonctionnel et médical, la capacité de travail de l'intéressée était toujours de 0% dans son ancienne activité de serveuse et de monitrice de fitness, mais nouvellement de 70% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : marche limitée en particulier sur terrain inégal, pas de travaux lourds, port non répétitif de charges de maximum 7 à 10 kg, pas d'activités avec des postures non ergonomiques pour la colonne.

**E.g** Le 24 novembre 2016 (timbre postal), l'intéressée s'est opposée au projet de décision de l'OAIE (AI pce 167), invoquant que son état de santé ne s'était pas amélioré mais qu'il s'était même aggravé dès lors qu'elle ne disposait d'aucun traitement actif pour ralentir les effets de sa maladie (p. 3). A l'appui de son opposition, elle a notamment exposé sa situation de vie actuelle de manière détaillée, décrivant entre autres un état d'épuisement avancé et des douleurs quotidiennes importantes (p. 2), expliquant qu'elle était incapable de reprendre une activité professionnelle à hauteur de 70% dès lors qu'elle n'arrivait même pas à marcher sur un terrain plat, mouvement lui causant « des douleurs, raideurs et inflammations aux pieds, talons d'Achille, mollets, cuisses, genoux, hanches, fessiers, [articulations] sacro-iliaques (plus prononcées à droite), au bas du dos, à la colonne et à la nuque », qu'en outre, elle n'était pas en mesure de porter des charges telles que retenues par le SMR dès lors qu'elle était « incapable d'ouvrir une bouteille d'eau, un bocal, d'utiliser un presse-ail et un ouvre-boîtes » en raison de douleurs et de crampes aux mains (p. 3). En outre, elle a expliqué que les anti-TNF Alpha s'étaient avérés inefficaces et que dès lors, les médecins rhumatologues traitants n'avaient pas d'autre solution que de la placer sous morphine (10 mg par jour), « pour que [ses] douleurs se calment un peu, ce qui [lui] laiss[ait] peu de possibilités d'exercer

une activité, (...) sachant que pour que [ses] douleurs baissent un peu avec la morphine, il [lui] faut [se] mettre au lit et dormir entre 3 et 4 heures » (p. 1 et 4).

**E.h** Le Dr J. \_\_\_\_\_ a estimé dans sa prise de position médicale du 16 décembre 2016 que l'écrit de l'intéressée du 24 novembre 2016 n'apportait rien de nouveau sur le plan médical strict et a confirmé que son appréciation précédente ne subissait pas de changement (AI pce 170).

**E.i** L'intéressée a fait parvenir à l'autorité inférieure le 22 décembre 2016 (timbre postal ; AI pce 171 ; 172) sa prise de position au sujet de l'expertise rhumatologique de la Dre I. \_\_\_\_\_, invoquant qu'elle était basée sur des « mensonges, [qu'elle contenait des] modifications, [des] oublis de [ses] dires et les inventions de la Dre I. \_\_\_\_\_ » (AI pce 171 p. 3). Était joint à son courrier un autre extrait de son journal des douleurs détaillé du 24 novembre au 16 décembre 2016 (AI pce 171 p. 8 ss) faisant notamment état de troubles de sommeil et de troubles digestifs (cf. p. 8 ss et p. 3 « constipations, hémorroïdes, diarrhées, selles difficiles et douloureuses »).

**E.j** En outre, par pli daté du 31 décembre 2016 (timbre postal ; cf. AI pce 174), l'intéressée a fait parvenir à l'OAIE un nouveau rapport médical du 29 décembre 2016 du Prof. Dr K. \_\_\_\_\_, Chef de service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire du canton G. \_\_\_\_\_ et spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie ; AI pce 173), rédigé après la dernière consultation de l'intéressée ayant eu lieu le 16 décembre 2016, exposant pourquoi en 2010, le diagnostic d'une spondylarthrite avait été retenu notamment par le Prof. Dr L. \_\_\_\_\_, qui s'était basé sur une IRM effectuée à l'extérieur du Centre hospitalier universitaire Q. \_\_\_\_\_. Puis, le Dr K. \_\_\_\_\_ a attesté que tous les traitements tentés par la suite, y compris plusieurs anti-TNF, n'avaient pas montré d'effet significatif et qu'il avait représenté les images de 2012 au radiologue du Centre hospitalier universitaire Q. \_\_\_\_\_ pour nouvelle interprétation en 2016, mais que ce dernier n'avait pas trouvé que les signes évoqués à l'époque notamment par le Prof. Dr L. \_\_\_\_\_ étaient suffisants pour justifier le diagnostic d'une spondylarthrite. Sur cette base, le Dr K. \_\_\_\_\_ est parvenu à la conclusion qu'il s'agissait d'une divergence d'opinions de deux experts expliquant que « dans le monde de la spondylarthrite c'est malheureusement quelque chose de relativement fréquent qu'un expert interprète les signes d'IRM comme positifs pour la spondylarthrite ; il est toutefois possible qu'un deuxième expert ne trouve pas la même interprétation ou conclusion. Si on soustrait cette interprétation radiologique [à laquelle avait procédé le Prof. Dr L. \_\_\_\_\_] du processus de diagnostic, nous

n'avions à l'époque pas le droit de vous diagnostiquer une spondylarthrite ». En outre, concernant les symptômes décrits par l'intéressée lors de la consultation du 16 décembre 2016, ledit rhumatologue a affirmé qu'ils ressemblaient à ceux qu'elle avait présentés à l'époque en 2012 lorsqu'elle était hospitalisée pendant une courte période au centre hospitalier universitaire Q. \_\_\_\_\_ pour des investigations (cf. AI pces 79 [évoquant un séjour dans le service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire Q. \_\_\_\_\_ du 13 juillet au 25 juillet 2012] ; 83 à 85 ; 108).

**E.k** Par la suite, les nouveaux documents (médicaux) suivants sont parvenus à l'autorité inférieure :

- un rapport médical du 23 juin 2016 du Dr K. \_\_\_\_\_ (AI pce 181) évoquant les diagnostics de suspicion de spondylarthrite HLA-B27 négatif dans le cadre d'une maladie de Crohn et traitement à long terme par des opiacés, informant que l'intéressée se plaignait de douleurs au bas du dos parfois associées à une chaleur aux mollets et des crampes des membres inférieurs, soupçonnant que ces symptômes n'étaient pas en lien avec les problèmes intestinaux qui étaient à ce moment-là en rémission, retenant en outre que le bilan sanguin ainsi qu'une IRM du rachis effectués en avril 2016 (cf. AI pces 183 ; 185) n'avaient pas démontré de signe de spondylarthrite active et informant que la patiente était (toujours) sans traitement spécifique pour sa maladie rhumatismale et qu'elle se soignait par morphine (10 mg une ou deux fois par jour),
- un certificat médical du 3 janvier 2017 de la Dre M. \_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue (AI pce 177), attestant que l'intéressée était dans l'incapacité physique d'exercer un travail en raison de multiples douleurs quotidiennes de l'ensemble du squelette nécessitant la consommation régulière de morphine et paracétamol dès lors que les autres thérapies étaient mal tolérées. Au surplus, dit médecin a affirmé que la maladie de Crohn nécessitait toujours une surveillance avec poursuite des troubles digestifs,
- un extrait du journal des douleurs détaillé de l'intéressée du 16 décembre 2016 au 6 janvier 2017 (AI pce 178).

**E.l** Dans sa prise de position médicale du 3 mars 2017 (AI pce 202), le Dr J. \_\_\_\_\_ a retenu que les nouveaux documents précités (cf. notamment AI pces 173 ; 177 ; 178 ; 181) ne permettaient pas de modifier ses conclusions.

**E.m** Les 2 et 6 mars 2017 (cf. AI pces 191 ; 201) les nouveaux documents médicaux suivants sont parvenus à l'autorité inférieure :

- un rapport médical du 18 janvier 2017 du Centre hospitalier universitaire de (...), pôle digestif, soit pour lui le Dr N. \_\_\_\_\_ (AI pces 196 = 200), informant que lors du dernier contrôle endoscopique en date du 10 juin 2014 (cf. AI pce 116), il n'avait pas retrouvé de récurrence significative, raison pour laquelle l'intéressée avait été laissée à l'époque sans traitement de fond. En outre, il a expliqué avoir conseillé à cette dernière lors de sa dernière visite du 18 janvier 2017 de poursuivre le traitement par Questran puisque la résection iléocolique droite entraînait une malabsorption de sels biliaires arrivant dans le côlon et ayant un effet cathartique, responsable de cette sensation de brûlures avec les selles et diarrhée,
- un certificat médical du 1<sup>er</sup> mars 2017 de la Dre M. \_\_\_\_\_ (AI pce 194) attestant ne pas avoir d'élément nouveau concernant la patiente et que cette dernière continuait à présenter des douleurs importantes de l'ensemble des articulations avec réveil nocturne et nécessitant du repos ainsi que la prise d'antalgiques au long terme (morphine, paracétamol),
- une ordonnance médicale du 1<sup>er</sup> mars 2017 de la Dre M. \_\_\_\_\_ (AI pce 192) prescrivant notamment de la morphine (10 mg par gélule), préconisant la prise d'une gélule six fois par jour.

**E.n** Sans soumettre ces trois nouveaux documents (AI pces 192 ; 194 ; 196) à son service médical, l'OAIE a, par décision du 20 mars 2017, remplacé la rente entière d'invalidité par un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2017 et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours interjeté contre cette décision (AI pce 204). Dans sa décision, l'autorité inférieure a repris les motifs évoqués dans son projet de décision du 3 novembre 2016 (cf. AI pce 166) et s'est pour le surplus basée sur les prises de position médicales établies suite à l'opposition de l'intéressée (cf. AI pces 170 ; 202).

## **F.**

**F.a** Le 20 avril 2017, l'intéressée a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) à l'encontre de la décision de l'OAIE du 20 mars 2017, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et principalement à l'admission du recours, à l'annulation de la décision précitée, à la désignation d'un « expert au contradictoire

des parties avec mission habituelle en pareille matière mais d'ores et déjà examiner [la recourante] et dire si son incapacité résultant de sa maladie est totale » ainsi qu'au remboursement des frais de procédure, à la condamnation de l'Etat à lui verser la somme de Fr. 2'000.- au titre du Code de Justice Administrative ainsi qu'aux entiers dépens (TAF pces 1 ; 2). A l'appui de son recours, l'intéressée a notamment contesté la compétence de l'experte mandatée par l'OAIE et elle s'est plainte d'une erreur manifeste d'appréciation de son état de santé par la Dre I. \_\_\_\_\_ (TAF pce 2 p. 2).

**F.b** Le 22 juillet 2017 (date du timbre postal ; TAF pce 7), la recourante a spontanément versé en cause des rapports d'hospitalisation des 28 avril 2017 et 16 juin 2017 du service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire de (...) ainsi qu'un rapport médical du 20 juillet 2017 du Prof. Dr O. \_\_\_\_\_, nouveau Chef de service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire Q. \_\_\_\_\_ et spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie (selon le registre des professions médicales consulté la dernière fois le 3 décembre 2018 sur <https://www.medregom.admin.ch> ; annexes à TAF pce 7).

**F.c** Par décision incidente du 11 octobre 2017 (TAF pce 8), le Tribunal de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif de l'intéressée.

**F.d** Suite à la demande d'assistance judiciaire partielle du 26 octobre 2017 de la recourante à laquelle étaient jointes quelques pièces justificatives (timbre postal ; TAF pce 14), le Tribunal a invité cette dernière par décision incidente du 1<sup>er</sup> novembre 2017 (TAF pce 15) à remplir le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » et à produire les moyens de preuve manquants, l'avisant que si ceux-ci faisaient défaut, il serait statué sur la base des pièces au dossier.

**F.e** Par pli daté du 20 novembre 2017, l'intéressée a fait parvenir au Tribunal le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » dûment rempli, sans toutefois joindre de justificatifs (TAF pce 16).

**F.f** Dans sa prise de position médicale du 9 novembre 2017 le SMR, soit pour lui le Dr J. \_\_\_\_\_ (annexe à TAF pce 17), a estimé que le diagnostic d'une spondylarthrite avait encore perdu consistance depuis les derniers contrôles cliniques et hospitalisations. La présence d'une fibromyalgie évoquée « du bout des lèvres » par la Dre I. \_\_\_\_\_ était désormais à l'ordre du jour chez une patiente ayant un profil inflammatoire normal et toujours

pas d'arguments pour une spondylarthrite, en tout cas active, pouvant expliquer même partiellement la gravité subjective du tableau douloureux chronique à ce moment-là. Suite à la question de l'OAIE de savoir si, au vu de l'ensemble du dossier et des nouveaux documents médicaux apportés, il pouvait confirmer l'amélioration de l'état de santé de l'assurée ainsi que sa capacité de travail dans des activités adaptées, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions du SMR. En revanche, dit médecin a retenu que, « si le diagnostic de fibromyalgie [devait] être validé, ou en tout cas fortement suspecté selon l'avis des derniers éminents intervenants, s'il faut également respecter la nouvelle jurisprudence en vigueur, (...) il faudrait suivre le conseil de la Dre I.\_\_\_\_\_ » (cf. Al pce 154 p. 38), soit la mise en place d'une évaluation sous la forme d'une expertise psychiatrique, « qui [lui] sembl[ait], à ce stade, difficile à contourner ».

**F.g** Se basant sur la prise de position du SMR précitée, l'autorité inférieure a conclu dans sa réponse datée du 23 novembre 2017 à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration afin qu'il soit procédé conformément à ladite prise de position (TAF pce 17).

**F.h** Par ordonnance du 16 janvier 2018 (TAF pce 20), le Tribunal a constaté que le renvoi de la cause envisagé à l'autorité inférieure risquait d'entraîner pour la recourante une péjoration de la situation (reformatio in peius) dans laquelle elle avait été placée par la décision querellée. Dès lors, il lui a donné la possibilité de se déterminer sur un éventuel retrait du recours.

**F.i** Dans sa détermination du 23 janvier 2018 (timbre postal), l'intéressée a confirmé le maintien du recours dans son intégralité et son accord sur le renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction (TAF pce 22).

**F.j** Par ordonnance du 9 février 2018, le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures demeurant toutefois réservées (TAF pce 23).

**F.k** En date des 18 juin 2018, 5 et 10 septembre 2018 (timbre postal ; TAF pces 25, 26, 27), la recourante, nouvellement représentée par Maître T. Robles Garcia, a demandé de lui indiquer l'état d'avancement de la présente procédure.

**Droit :****1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

**1.3** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

**1.4** En outre, le Tribunal ne peut statuer que sur des prétentions ou des rapports juridiques sur lesquels l'autorité de première instance s'est déjà prononcée ou aurait dû le faire. Ainsi, l'objet du litige est délimité par la décision attaquée (arrêt du TF 2C\_118/2014 du 22 mars 2015 consid. 1.3 et l'arrêt cité) et le recours est irrecevable dans la mesure où les moyens de droit excédants l'objet du litige sont invoqués (ATF 132 V 74 consid. 1.1 et l'arrêt cité).

**1.5** En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 20 avril 2017, dans la mesure où il conclut notamment à l'admission du recours, à l'annulation de la décision entreprise, au

complément d'instruction, à la confirmation de la rente entière de l'assurance-invalidité, au remboursement des frais de procédure et à l'allocation de dépens, est recevable. Par contre, la conclusion de la recourante tendant à la condamnation de l'Etat à lui verser la somme de Fr. 2'000.- « au titre du Code de Justice Administrative » (TAF pces 1 ; 2) est irrecevable car elle sort du cadre du litige.

## 2.

**2.1** Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante suisse, vivant en France – Etat membre de l'Union européenne (UE) – a versé en Suisse des cotisations AVS/AI de 1984 à 1992 et de 2001 à 2011 (cf. AI pces 31 p. 2 ; 65 p. 2). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêts du TF 8C\_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C\_54/2012 du 2 avril 2012).

**2.2** De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

**2.3** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

**2.4** En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 16 avril 2012 (date de la décision rendue par l'OAIE au terme de l'examen de la demande de prestations AI présentée en décembre 2009 et mettant l'intéressée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2010 et d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010 ; cf. AI pce 64 ; cf. également consid. 10.1), et le 20 mars 2017 (date de la décision attaquée ; cf. AI pce 204), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

### **3.**

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de la recourante, jusqu'au jour de la décision, soit le 20 mars 2017. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

#### 4.

**4.1** Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>ème</sup> éd. 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUENBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>ème</sup> éd. 2013, p. 25 n° 1.55).

**4.2** Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 20 mars 2017 (cf. Al pce 204), de remplacer la rente d'invalidité entière de l'intéressée (cf. Al pce 64) par un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2017 au motif que son état de santé s'était amélioré de sorte que son taux d'invalidité s'élevait désormais à 45%.

#### 5.

**5.1** Dans un premier grief, la recourante se plaint d'une violation des exigences procédurales, à savoir qu'il n'y a pas eu de « contradictoire » en ce qui concerne l'expertise, ce qui revient à se prévaloir d'une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101]). Dans la mesure où ce grief est de nature formelle, il convient de l'examiner en premier lieu (parmi de nombreux arrêts, ATF 137 I 195 consid. 2.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1 ; arrêt du TF 5A\_1026/2015 du 8 mars 2016 consid. 3).

**5.2** Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst., comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (BENOÎT BOVAY, op. cit., p. 249 ss et références citées ; PATRICK SUTTER, in : Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, ch. marg. 1 ss ad art. 29 ; parmi de nombreux arrêts, arrêt du TF 8C\_611/2013 du 21 novembre 2013 consid. 2.2 et ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). En procédure administrative fédérale, le droit d'être entendu est

consacré par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée) ainsi qu'en matière d'assurance sociale aux art. 42 LPGA (droit d'être entendu) et art. 52 al. 2 LPGA (motivation des décisions sur oppositions).

Au-delà des garanties minimales de l'art. 29 al. 2 Cst., le droit de l'assuré de collaborer lors de la mise en œuvre d'une expertise médicale dans la procédure d'instruction en matière d'assurances sociales est réglé à l'art. 44 LPGA. Ce dernier prévoit que lorsque l'administration confie un mandat à un expert indépendant, elle doit donner connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (ATF 132 V 376 ; arrêt du TAF C-6439/2013 du 17 novembre 2016 consid. 4.1.1).

**5.3** Dans l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a rappelé que l'assuré avait droit de prendre position après l'établissement de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.1.5). Puis, il a retenu qu'il était nécessaire de renforcer les droits de participation des assurés lors de la mise sur pied d'expertises par les organes des assurances sociales. Ainsi, dans la mesure du possible, il faut notamment que l'administration trouve un accord avec l'assuré quant aux experts à mandater (cf. art. 44 LPGA). En parallèle, l'Office AI est nouvellement appelé à soumettre au préalable à l'intéressé les questions qu'il entend poser aux experts en lui donnant la possibilité de se prononcer en la matière (cf. art. 57 al. 2 de la loi fédérale du 4 décembre 1947 de procédure civile fédérale [PCF, RS 273] par renvoi de l'art. 19 PA). A défaut d'entente sur les spécialistes à retenir, les modalités ou les questions de l'expertise, l'autorité doit alors rendre une décision incidente sujette à recours auprès de la première instance judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.5 ss ; 138 V 271 consid. 3). Cette voie de droit permet donc à l'assuré de soulever, avant même que l'administration se prononce sur le fond, des contestations d'ordre matériel telles que par exemple le grief que l'expertise prévue n'est pas nécessaire, dès lors que – vu l'état des faits suffisamment éclaircis – elle revient à une simple "second opinion" qui, de jurisprudence constante, ne saurait être admise. En outre, l'intéressé peut mettre en avant des motifs formels de récusation liés à la personne de l'expert. En revanche, il ne saurait faire valoir que le paiement de l'expert par des fonds de l'assurance-invalidité constitue en soi un motif de prévention (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7).

**5.4** En l'occurrence, suite au mandat d'expertise médicale confié en janvier 2016 à la Dre I. \_\_\_\_\_ (cf. AI pces 133 ; 135), l'OAIE a, par courriers des

5 janvier, 3 février et 14 mars 2016 (cf. AI pces 134 ; 136 ; 138), soit avant que l'expertise prévue le 18 avril 2016 ait eu lieu, communiqué à la recourante, outre la date et le lieu de l'expertise, la discipline médicale, le nom de l'experte appelée à l'examiner ainsi qu'une liste de questions qui sera soumise à l'experte. Il a en outre informé l'intéressée qu'elle avait le droit de formuler des questions complémentaires et l'a invitée à lui transmettre d'éventuelles objections ou motifs légaux de récusation et de refus fondés relatifs à l'experte citée dans un délai de 10 jours suivant la réception desdits courriers.

Force est de constater que la recourante n'a pas réagi auxdits courriers de l'OAIE et n'a fait valoir aucun motif valable de récusation (art. 10 PA) à l'encontre de la Dre I.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, après l'établissement de l'expertise, l'assurée a pu s'exprimer sur la prise de position médicale de la Dre I.\_\_\_\_\_ (cf. AI pces 169 ; 171 p. 3 ss ; 172).

**5.5** En conséquence, l'OAIE n'a pas violé les garanties procédurales décrites à l'ATF 137 V 210 et en particulier le droit de la recourante de connaître le nom de l'experte appelée à l'examiner et de faire valoir d'éventuelles objections ou motifs légaux de récusation et de refus fondés relatifs à l'experte, le droit de se déterminer sur les questions posées à cette dernière, celui de poser, à son tour, des questions complémentaires à ladite experte, ainsi que le droit de s'exprimer après l'établissement de l'expertise, de sorte que le grief tiré de la violation du droit d'être entendu doit être rejeté.

## **6.**

**6.1** Dans un second grief, de nature matérielle, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise rhumatologique de la Dre I.\_\_\_\_\_ datée du 20 septembre 2016 et reproche à l'autorité inférieure d'avoir réduit, sur la base de cette expertise, sa rente d'invalidité entière à un quart de rente malgré son incapacité totale dans toute activité professionnelle et son traitement médicamenteux lourd (cf. AI pces 67 p. 1 ss ; 154 p. 14, 19 ; TAF pce 1).

**6.2** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de

gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**6.3** Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 2.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 ; art. 4 et 7 du règlement [CE] n° 883/04).

## 7.

**7.1** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 547 ss n° 2060 ss).

**7.2** Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. 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. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir ég. 140 V 193 consid. 3.2).

## **8.**

**8.1** Selon l'art. 17 al. 1 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1 ; I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 ; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., p. 830 ss n° 3054 ss, p. 833 n° 3065).

**8.2** La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**8.3** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., p. 832 s n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

**8.4** Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TAF C-7084/2015 du 1<sup>er</sup> février 2017 consid. 6.4).

**8.5** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (voir arrêt du TF I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 3085). L'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

## **9.**

**9.1** Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3<sup>ème</sup> éd. 2011, p. 255 ; cf. ég. l'art. 69 RAI). Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23 ; 114 la 114 consid. ch).

**9.2** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport

médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. MICHEL VALTERIO, op. cit. p. 797 n° 2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 V 286 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

**9.3** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

**9.3.1** Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

**9.3.2** S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux

effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., p. 799 n° 2920 ss).

**9.3.3** Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même à un médecin non traitant consulté par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

**9.4** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible, la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 ; 121 V 45 consid. 2a).

**10.**

**10.1** En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit de l'intéressée à une rente, est celle du 16 avril 2012 (cf. AI pce 64), rendue par l'OAI du canton G. \_\_\_\_\_ au terme de l'examen de la demande de prestations AI présentée en décembre 2009 et mettant l'intéressée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2010 et d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

C'est donc l'état de fait existant au moment de cette décision du 16 avril 2012 qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision qu'elle du 20 mars 2017.

**10.2** Dans le cadre de la demande de prestations AI présentée en décembre 2009, la décision du 16 avril 2012 était principalement fondée sur l'avis du 15 février 2011 du SMR, soit pour lui le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et, pour ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, sur un certificat médical du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 30 juin 2010 (cf. AI pces 59 ; 93 p. 27).

**10.2.1** La prise de position du médecin SMR datée du 15 février 2011 (cf. AI pce 59), est basée sur divers avis médicaux établis par les médecins traitants (AI pces 20 à 30 ; 33 à 40 ; 43 à 46, 48, 52 à 56, 58) et a été rendue sur la base du seul examen du dossier. Le médecin du SMR a retenu le diagnostic principal de spondylarthropathie HLA-B27 négatif avec atteinte digestive, axiale et périphérique (CIM-10 M45).

D'après les médecins, les limitations fonctionnelles et les incapacités de travail étaient dues à ce moment-là principalement aux atteintes rhumatologiques de l'intéressée (soit la spondylarthropathie HLA-B27 négatif, respectivement la maladie de Bechterew ; cf. AI pces 20 p. 2 s ; 33 p. 5 ; 43 ; 45 ; 54 p. 3 ; 59 p. 2), la maladie de Crohn n'ayant pas eu de répercussion sur l'incapacité de travail à partir du 16 avril 2010 (cf. AI pces 20 p. 2 ; 45 ; 59 p. 2).

**10.2.2** S'agissant des conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'intéressée, le médecin du SMR a relevé qu'il fallait éviter le port de charges de plus de 5 kg, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, des mouvements d'antéversion répétitifs ainsi que tout mouvement au-dessus de l'horizontale des épaules (cf. AI pce 59).

Par ailleurs, le Dr F. \_\_\_\_\_ avait noté dans son rapport médical du 19 février 2010 quelques restrictions physiques supplémentaires, à savoir les mouvements de préhension et les longs déplacements (cf. AI pce 34 p. 7).

**10.2.3** L'OAI du canton G. \_\_\_\_\_ a suivi le médecin du SMR et a conclu sur cette base dans sa décision du 16 avril 2012 (AI pce 64) à une incapacité de travail de l'intéressée dans toute activité professionnelle de 100% du 30 avril 2009 au 29 juillet 2009, de 50% du 30 juillet 2009 au 5 octobre 2009, de 100% du 6 octobre 2009 au 28 février 2010, de 75% du 1<sup>er</sup> mars 2010 au 25 avril 2010, de 50% du 26 avril 2010 au 30 juin 2010 et de 100% à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010 (cf. AI pces 59 ; 93 p. 21 et 27 ; 94 p. 24 s), tout en précisant que la situation n'était pas stabilisée, mais que l'exigibilité dans une activité adaptée pourrait être augmentée de 20% à 30% dans un avenir moyen.

**10.3** Dans le cadre de la présente révision, la décision de l'OAIE du 20 mars 2017 confirmant l'amélioration de l'état de santé de la recourante du point de vue rhumatologique à partir du 13 septembre 2016 (cf. annexe à TAF pce 1), et la réponse au recours de l'autorité inférieure du 23 novembre 2017 (cf. TAF pce 17) maintenant sa position en ce qui concerne l'amélioration de l'atteinte rhumatologique, mais retenant que le dossier médical de l'assurée était lacunaire en ce sens qu'il manquait une évaluation sous la forme d'une expertise psychiatrique, sont essentiellement basées sur (i) une expertise rhumatologique datée du 20 septembre 2016 de la Dre I. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 154) ainsi que (ii) sur les prises de position subséquentes du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin SMR, des 5 octobre 2016, 16 décembre 2016, 3 mars 2017 et 9 novembre 2017 (cf. AI pces 164 ; 170 ; 202 ; annexe à TAF pce 17).

**10.3.1** Afin de pouvoir juger s'il y a effectivement eu une amélioration de l'état de santé rhumatologique de l'intéressée apte à influencer ses droits depuis la décision d'octroi de prestations AI du 16 avril 2012, il sied d'examiner si les documents médicaux, sur lesquels l'OAIE s'est basé pour démontrer cette amélioration (cf. AI pces 154 ; 164 ; 170 ; 202 ; annexe à TAF pce 17), avaient valeur probante.

**10.3.2** Dans un premier temps, la recourante conteste l'expertise médicale rhumatologique du 20 septembre 2016 de la Dre I. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 154), au motif que l'experte n'avait procédé à aucun examen médical, mais « seulement à un échange verbal » (cf. TAF pces 1 ; 2).

**10.3.2.1** Le Tribunal constate que ce grief est infondé dès lors qu'il ressort de l'expertise que la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a procédé à divers examens physiques lors du premier examen rhumatologique du 18 avril 2016 (cf. status de médecine interne générale, status ostéo-articulaire, status du rachis, status des membres inférieurs et supérieurs ainsi que status neurologique ; cf. Al pce 154 p. 22 ss, p. 42 ss). L'experte a également fait faire des examens sanguins (bilan d'hématologie, de chimie clinique, de médicaments, d'endocrinologie et d'immunologie) et une IRM des articulations sacro-iliaques (p. 44 ss ; cf. Al pce 145). Par ailleurs, elle a procédé à un nouvel examen clinique lors de la seconde visite de l'assurée en date du 13 septembre 2016 (p. 24).

**10.3.3** Dans un deuxième temps, la recourante fait valoir que les conclusions de la Dre I.\_\_\_\_\_ allaient à l'encontre des différents médecins et professeurs l'ayant examinée, qui confirmaient tous depuis plusieurs années le diagnostic d'une spondylarthrite engendrant une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle (cf. Al pces 167 ; 171 ; TAF pces 1 ; 2).

**10.3.3.1** Dans le cadre de son expertise médicale rhumatologique du 20 septembre 2016 (cf. Al pce 154), la Dre I.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants (p. 39) : coxarthrose bilatérale prédominante à gauche sur status après interventions orthopédiques (1970, 1971, 2001) pour dysplasie congénitale des hanches (CIM-10 Q65.8) ; spondylarthrose (CIM-10 M47.8) compliquée de séquelles de la maladie de Scheuermann dorsale (CIM-10 M42.0), possible ancienne fracture de D12, et de dysbalances musculaires sur boiterie par insuffisance des moyens fessiers ; syndrome rotulien (CIM-10 M22.4). En revanche, l'experte a écarté le diagnostic d'une spondylarthropathie associée à une maladie de Crohn au motif que l'assurée n'avait jamais rempli les critères habituellement requis pour confirmer ledit diagnostic et a conclu qu'il était difficile d'attester une « amélioration » sur la base des critères de ce diagnostic (p. 36). D'après la rhumatologue, les signes indirects d'amélioration consistaient en l'allégement évident du traitement médical, voire l'absence de suivi médical régulier, la bonne conservation de l'état de conditionnement locomoteur à un délai de près de 8 ans d'observation. Sur cette base, elle a retenu une incapacité de travail de 100% dans l'ancienne activité de serveuse et professeure de fitness, et une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée à son état de santé, à savoir un travail léger, permettant des alternances de posture, évitant le travail en hauteur, en zone basse, les longs déplacements, les terrains instables, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les ports de charge de plus

de 5 kg surtout au-dessus de l'horizontale, les mouvements d'antéversion répétitifs et le stress (p. 36, 40).

**10.3.3.2** L'experte a écarté le diagnostic d'une spondylarthropathie associée à une maladie de Crohn, expliquant notamment (i) qu'« à aucun moment, les radiologues qui ont effectué des examens radiologiques standard, par scanner ou IRM, ne décrivent d'élément d'une enthésopathie axiale inflammatoire, de syndesmophyte, de sacro-iliite sur plusieurs examens répétés complétés de scintigraphie » (p. 35), (ii) en particulier que l'IRM lombaire du 30 janvier 2012 ne démontrait « pas de HD, pas de signe enthésitique, pas de signe de sacro-iliite » (p. 27), (iii) que le rapport de radiographie du rachis et du bassin de la Dre P. \_\_\_\_\_ du Centre Hospitalier de (...) du 6 février 2014 ne relevait pas d'anomalie visible des deux sacro-iliaques et pas de syndesmophyte (p. 10) et (iv) que la patiente ne se plaignait pas de douleurs nocturnes (p. 35). En outre, elle a relevé (v) qu'un contrôle radiologique standard du rachis réalisé en juillet 2012 ne montrait aucun élément pour un rhumatisme inflammatoire axial (p. 31) et a conclu que l'assurée n'avait jamais rempli les critères habituellement requis pour confirmer ledit diagnostic (p. 32).

Or, ces affirmations de l'experte sont inexactes dès lors qu'il ressort du dossier AI, notamment (i) d'un courrier du Dr K. \_\_\_\_\_, Chef de service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire Q. \_\_\_\_\_ et spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, du 2 février 2012 (cf. AI pce 87) que le Prof. Dr L. \_\_\_\_\_ avait décrit à l'époque sur une IRM des signes d'enthésites aux coins supérieurs des vertèbres L1 et L2, ainsi que des enthésites inter-épineuses de L3 à L5, respectivement que ces images démontraient un point d'inflammation (enthésite) de la région lombaire ainsi qu'une inflammation des sacro-iliaques (sacro-iliite ; cf. rapport médical du Dr K. \_\_\_\_\_ du 29 décembre 2016 [AI pce 173]). Dans un courrier du 26 septembre 2014 (cf. AI pce 113), le Dr K. \_\_\_\_\_ a informé que le diagnostic d'une spondylarthrite avait été posé sur la base de l'imagerie de la colonne dorso-lombaire à l'IRM, qui mettait en évidence des enthésites inflammatoires aux coins supérieurs de L1 et L2 ainsi qu'une inflammation enthésitique des ligaments interépineux L2-L3, L3-L4 et L4-L5.

Puis (ii), dans un rapport médical du 14 août 2012 du service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire Q. \_\_\_\_\_, soit pour lui les Drs R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ (cf. AI pce 79) il a été évoqué le diagnostic d'une spondylarthrite avec atteinte périphérique et axiale basé sur une « IRM lombaire et sacro-iliaques de janvier 2012 [Pr. L. \_\_\_\_\_] ».

Il sied également de relever (iii) que la Dre P.\_\_\_\_\_ avait bel et bien observé en février 2014, à l'occasion du dernier contrôle radiologique du rachis, des syndesmophytes en regard de L2, L3 et L4 (cf. Al pce 118 p. 1).

Le Tribunal constate ensuite (iv) que sous la rubrique « plaintes et données subjectives de l'expertisée » (p. 18), la Dre I.\_\_\_\_\_ avait noté que l'assurée « se plaint d'avoir mal aux mollets et aux pieds, surtout la nuit (...). Elle ressent aussi de la chaleur au niveau des cuisses et des bras. Elle est très nerveuse la nuit à cause de ces douleurs (...) ».

Enfin (v), il ressort du rapport médical du 29 décembre 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_ (cf. Al pce 173 p. 2), auquel la recourante avait présenté les conclusions de l'expertise de la Dre I.\_\_\_\_\_, que le Dr K.\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois soumis les images de 2012 au radiologue au Centre hospitalier universitaire Q.\_\_\_\_\_ pour une nouvelle interprétation en 2016, mais que ce dernier n'avait pas trouvé que les signes évoqués à l'époque notamment par le Prof. Dr L.\_\_\_\_\_ étaient suffisants pour justifier le diagnostic d'une spondylarthrite. Sur cette base, le Dr K.\_\_\_\_\_ est parvenu à la conclusion qu'il s'agissait d'une divergence d'opinions de deux experts expliquant que « dans le monde de la spondylarthrite c'est malheureusement quelque chose de relativement fréquent qu'un expert interprète les signes d'IRM comme positifs pour la spondylarthrite ; il est toutefois possible qu'un deuxième expert ne trouve pas la même interprétation ou conclusion ». En outre, le Dr K.\_\_\_\_\_ a expliqué que les critères cliniques en cours en 2010 (critères d'ASAS de 2009, Rudwaleit, Ann Rheum Dis, 2009, 68 :777-783), à savoir la présence d'une sacro-iliite par IRM ainsi qu'une atteinte comme une maladie de Crohn ou une enthésite, avaient déjà été suffisantes pour poser à l'époque le diagnostic d'une spondylarthrite et que c'était sur la base de ces symptômes cliniques et de l'examen radiologique qu'il avait retenu chez l'intéressée à l'époque le diagnostic d'une spondylarthrite. Dit médecin a confirmé que le diagnostic d'une spondylarthrite tenait mais qu'il manquait de preuves radiologiques ou dans les analyses de sang, qui soutenaient plus fortement cette hypothèse, relevant en outre qu'il était aussi connu qu'avec la disparition de l'inflammation, les signes radiologiques et les analyses sanguines retournaient vers la norme mais que souvent, les douleurs persistaient.

**10.3.3.3** Force est de constater que l'experte mentionne la maladie de Crohn, status après résection iléo-caecale en 2013 (CIM-10 K50.9 ; cf. p. 39) dans les diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de

travail, mais qu'elle retient en même temps une incapacité de travail causée par cette atteinte dès lors qu'il s'agissait d'une maladie systémique susceptible de se réveiller en période de surmenage et de stress (p. 40).

Puis, l'experte mentionne des douleurs chronifiées de type allodynique sans substrat étiologique évident (CIM-10 R52.1) dans les diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail (p. 39), tout en précisant que si son expertise devait modifier la décision de prestation au plan somatique, il faudra investiguer plus en avant ces douleurs chroniques dans le cadre d'une expertise psychiatrique (p. 38).

En outre, le Tribunal relève qu'au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée, la Dre I. \_\_\_\_\_ a proposé dans son expertise d'admettre, « tenant compte de certaines contradictions dans les limitations fonctionnelles » (le rachis douloureux nécessite un travail léger en positions variées et alternées, alors que les membres inférieurs requièrent un travail léger, principalement sédentaire) une réduction de la capacité de travail de 20% incluant également la présence d'une maladie systémique, à ce moment-là calme, mais pour permettre des périodes de repos supplémentaires (p. 39), tandis que plus loin dans l'expertise, elle reconnaît une incapacité de travail de 30% en raison des incompatibilités relatives des limitations fonctionnelles et de la maladie de Crohn (p. 40).

**10.3.3.4** Enfin, l'experte justifie l'amélioration de l'état de santé sur la base de signes indirects. Le Tribunal note en particulier les contradictions suivantes :

Premièrement, pour justifier une amélioration de l'état de santé, elle invoque un allègement évident du traitement médical, voire l'absence de suivi médical régulier (p. 36). Il est vrai que le traitement médicamenteux de la spondylarthrite (par Imurek, Prednisone, Humira, Enbrel, etc.) a été abandonné. Or, l'intéressée n'a pas cessé ce traitement suite à une amélioration de l'état de santé, mais suite à l'inefficacité desdits médicaments, voire en raison de leurs lourds effets secondaires (cf. Al pces 54 ; 58 p. 2 ; 59 ; 75 ; 79 p. 2 ; 81 ; 117 ; 154 p. 15, 17, 18 et 36). En outre, l'experte, les médecins traitants et l'intéressée confirment que celle-ci suivait depuis août 2012 quotidiennement un traitement de morphine « l'aidant à vivre » (au moins 10 mg par jour ; cf. Al pces 79 p. 3 ; 154 p. 14, 20 ; voir en outre 167 ; 171 ; 177 ; 178 ; 181 p. 1) alors que plus loin dans l'expertise, la Dre I. \_\_\_\_\_ soutient que l'intéressée ne prenait plus cette médication au quotidien, s'en passant facilement lors des « bons jours » (p. 37, 41).

Deuxièmement, l'experte évoque chez l'assurée une bonne conservation de l'état de conditionnement locomoteur à un délai de près de 8 ans d'observation (p. 36), tout en attestant des douleurs chronifiées de type allodynique sans substrat étiologique évident (CIM-10 R52.1 ; p. 38 s) et affirmant que l'intéressée se plaignait de douleurs identiques (p. 36).

Troisièmement, l'experte justifie l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée sur la base d'un examen effectué par le Dr F.\_\_\_\_\_ en 2013, qui avait attesté à l'époque une diminution de la mobilité lombaire, ce qui, d'après l'experte, n'était plus le cas au moment de l'examen rhumatologique. Or, il sied de rappeler que pour justifier une amélioration de l'état de santé de l'intéressée, l'experte aurait dû comparer l'état de santé de l'intéressée avec celui du 16 avril 2012 (cf. consid. 10.1).

**10.3.3.5** Les réflexions exposées ci-dessus mènent à la conclusion que l'analyse faite par la Dre I.\_\_\_\_\_ n'est pas suffisante : l'expertise ne prend pas en considération les plaintes de l'intéressée (cf. consid. 10.3.3.4), elle n'a pas été établie en pleine connaissance de l'anamnèse (cf. consid. 10.3.3.2), la description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale ne sont pas claires (cf. consid. 10.3.3.2, 10.3.3.3 et 10.3.3.4) et aucun changement déterminant de l'état de santé n'a été suffisamment prouvé (cf. consid. 10.3.3.4).

Par ailleurs, le fait que l'experte entre dans un débat diagnostic crée notamment un doute quant aux diagnostics de l'intéressée et leurs conséquences sur sa capacité de travail, de sorte que le Tribunal de céans ne peut pas évaluer en l'état s'il y a eu une aggravation, une amélioration ou aucun changement de son état de santé somatique. Dès lors, un complément d'instruction s'impose.

**10.3.4** Au vu de ce qui précède, le SMR, soit pour lui le Dr J.\_\_\_\_\_, qui n'a pas examiné la recourante, ne pouvait pas se fonder valablement sur le rapport d'expertise rhumatologique de la Dre I.\_\_\_\_\_ pour rendre ses prises de position médicales des 5 octobre 2016, 16 décembre 2016, 3 mars 2017 et 9 novembre 2017 (cf. Al pces 164 ; 170 ; 202 ; annexe à TAF pce 17), de sorte que ces dernières sont également dépourvues de valeur probante.

**10.3.5** Par ailleurs, le Tribunal de céans constate que les actes de la cause ne sont pas complets, dès lors qu'ils ne comportent notamment aucune IRM lombaire du 30 janvier 2012 à laquelle se réfèrent la Dre I.\_\_\_\_\_ (cf. Al pce 154 p. 27) et les Drs R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ (cf. Al pce 79

p. 2) et aucun rapport d'hospitalisation au sujet de la résection iléo-caecale en 2013. Par ailleurs, il relève que le courrier du Dr K. \_\_\_\_\_ au Dr F. \_\_\_\_\_ du 2 février 2012 (cf. Al pce 87) et le rapport d'hospitalisation du 14 février 2014 du service de rhumatologie du Centre Hospitalier de (...) (cf. Al pce 117) sont incomplets.

**10.3.6** Du point de vue psychique, le Tribunal constate que l'état de santé de l'intéressée semble s'être détérioré puisque dans le cadre de la demande de prestations AI présentée en décembre 2009, aucune atteinte psychiatrique n'avait été évoquée ni par la recourante, ni par ses médecins. En revanche, dans son expertise du 20 septembre 2016, la Dre I. \_\_\_\_\_ fait état chez l'intéressée de « beaucoup d'anxiété » causée par les effets secondaires suite à la prise de médicaments lourds. En outre, elle note qu'elle a subi des violences physiques de la part de son père quand elle était petite et qu'elle a été victime de violence sexuelle à l'âge de 12 ans (cf. Al pce 154 p. 19, 21, 38).

Or, la question d'une affection psychique n'a pas du tout été instruite par l'autorité inférieure. Au vu de ce qui précède, il sied de procéder à une évaluation psychiatrique.

**10.4** En conséquence, le Tribunal conclut que la décision attaquée n'est pas conforme au droit et doit être annulée.

## **11.**

**11.1** En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou la renvoie exceptionnellement avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. En l'occurrence, le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé somatique ainsi que psychique de la recourante et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 al. 1 Cst. ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du

dossier que la question liée à l'état de santé somatique et psychique de la recourante n'a pas été instruite à satisfaction par l'autorité inférieure et mérite un éclaircissement.

**11.2** Pour sa nouvelle décision portant sur la question d'une éventuelle réduction de la rente d'invalidité de l'intéressé, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'assurée et de son évolution pour pouvoir établir l'état de santé somatique et psychique afin de pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. consid. 10.3.5). Puis, elle sollicitera une expertise bi-disciplinaire en Suisse comprenant une évaluation rhumatologique et psychiatrique ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra établir s'il existe une amélioration, une aggravation ou un statu quo de l'état de santé de la recourante. L'expertise devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) de la recourante, (ii) établir ses limitations fonctionnelles et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressée dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (iv) avec une indication sur l'évolution dans le temps de l'état de santé de la recourante. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

**11.3** Il sied de préciser que l'expertise qui sera mise en place par l'autorité inférieure devra respecter la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral le 30 novembre 2017 qui modifie sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

## **12.**

Enfin, il est utile de rappeler que le retrait de l'effet suspensif au recours, institué par l'acte attaqué (cf. consid. E.n.), continue en principe à être valable jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui fera suite à l'instruction complémentaire ordonnée par le présent jugement (arrêt du TF 8C\_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4.3).

## **13.**

**13.1** En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain

de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, PA).

**13.2** Le recours étant admis dans la mesure où il est recevable et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Partant, la demande d'assistance judiciaire partielle devient sans objet.

**13.3** Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (arrêt du TF 9C\_637/2013 du 13 décembre 2013 consid. 5.2).

**13.4** La recourante a agi jusqu'au moment de la clôture de l'échange d'écritures en date du 9 février 2018 sans l'assistance d'un mandataire professionnel (cf. TAF pce 23). Au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante après la clôture de l'échange d'écritures, qui a consisté en deux courts entretiens téléphoniques avec le Tribunal les 18 juin 2018 et 5 septembre 2018 (cf. TAF pces 25 ; 26) et en la rédaction d'un courrier d'une page daté du 10 septembre 2018 (timbre postal ; cf. TAF pce 27), il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 100.- (sans TVA), à la charge de l'autorité inférieure.

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

**1.**

Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable, et la décision du 20 mars 2017 est annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**4.**

La demande d'assistance judiciaire partielle est devenue sans objet.

**5.**

Une indemnité de dépens de Fr. 100.- est allouée à la partie recourante à charge de l'autorité inférieure.

**6.**

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 :

Caroline Bissegger

Marion Capolei

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :