



Arrêt du 24 février 2021

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer, juges,
Lu Yuan, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne),
représentée par Maître Marc Mathey-Doret, avocat,
Indemnis Genève,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; révision et suppression de la rente;
décision du 16 juin 2017.

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : assurée ou recourante), ressortissante suisse née le (...) 1958 (OAIE doc 89 [pièce d'identité suisse]), divorcée avec deux enfants nés respectivement en 1979 et 1982 (OAIE doc 89 p. 6 [annexe à la demande de prestations] et p. 8 [déclaration concernant le nom]), a travaillé en tant que vendeuse en Suisse (OAIE doc 79 [questionnaire à l'employeur]) et y a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) de 1976 à 1979 puis de 1994 à 1996 (OAIE doc 84 [extrait de compte individuel]). Elle a cessé son activité le 27 septembre 1996 (OAIE doc 79).

Le 30 septembre 1996, l'assurée a subi un accident de circulation à (...) qui lui a causé une entorse cervicale (notamment OAIE doc 69, p. 63 [rapport médical initial du 8 octobre 1996]). Cet accident a été pris en charge par l'assurance B. _____ – à l'époque C. _____ – qui lui a octroyé une rente de perte de gain de 100% dès le 1^{er} janvier 2003 (OAIE doc 185, p. 47 et 48 [courrier de l'assurance B. _____ du 17 décembre 2014]).

Le 7 novembre 1997, l'assurée a déposé une demande de rente d'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonale de l'assurance-invalidité du canton D. _____ (OAIE docs 81 et 82) qui lui a octroyé une rente entière dès le 1^{er} septembre 1997 (OAIE doc 64 [décision du 3 mai 1999 et du 8 juin 1999]).

Le 17 mars 2003, l'Office cantonale de l'assurance-invalidité du canton E. _____ a confirmé le droit à la rente entière d'assurance-invalidité de l'assurée à la suite d'une procédure de révision d'office (OAIE doc 37). La même conclusion a été retenue par l'OAI du canton D. _____ dans sa communication du 1^{er} juin 2006 après une procédure de révision d'office (OAIE doc 94).

B.

En 2006, l'assurée est retournée vivre en Espagne où elle déclare n'exercer aucune activité professionnelle (OAIE docs 20 [formulaire d'annonce de départ] et 106 [questionnaire pour la révision de la rente rempli et signé du 2 juillet 2010]) ; le dossier est dès lors pris en charge par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidants à l'étranger comme objet de sa compétence (ci-après : OAIE ou autorité inférieure).

Le 1^{er} septembre 2011, l'OAIE a confirmé à la suite d'une procédure de révision d'office la rente entière d'assurance-invalidité de l'assurée (OAIE docs 106 et 140 [communication du 1^{er} septembre 2011]).

C.

C.a Informée de la participation de l'assurée à la gestion du restaurant W._____ sis (...) en Espagne, l'assurance B._____ a mandaté un bureau de détectives à (...) pour procéder à des mesures de surveillance sur l'assurée durant plusieurs jours au courant des mois de juillet, d'août et d'octobre 2014 (OAIE docs 153 [contrat entre l'assurance B._____ et la société F._____] et 160 [courrier de l'assurance B._____ du 24 novembre 2014]). Les détectives ont ensuite transmis plusieurs rapports contenant notamment des photographies accessibles sur internet ainsi que des photographies et vidéos prises par leurs soins (OAIE docs 156,157,158 et 159).

C.b Par courrier du 24 novembre 2014 (OAIE doc 160), l'assurance B._____ a informé l'assurée de la suspension immédiate du versement de sa rente et l'a invitée à un entretien le 11 décembre 2014. Lors dudit entretien, l'assurée a été interrogée notamment sur son état de santé et les informations contenues dans les rapports de surveillance (OAIE doc 185 p. 1 ss) ; elle y a également déposé plusieurs documents (OAIE doc 185 p. 15 à 41).

Par décision incidente du 23 février 2015 (OAIE doc 182), l'assurance B._____ a suspendu le versement de la rente avec effet au 1^{er} décembre 2014 et a mandaté une expertise médicale pour se déterminer sur le résultat des observations et apprécier la capacité de travail de l'assurée. Ce mandat a été confié au Dr G._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, à la demande de l'assurée (OAIE doc 185 p. 87 [courrier de l'assurée du 11 mars 2015]). Le spécialiste a rendu son rapport d'expertise le 26 janvier 2016 puis complété le 24 mars 2016 (OAIE doc 221).

Par décision du 29 avril 2016 (OAIE doc 228), confirmée sur opposition le 18 août 2016 (OAIE doc 236), l'assurance B._____ a mis fin rétroactivement au droit à la rente d'invalidité de l'assurée avec effet au 31 août 2008. L'assuré a interjeté recours contre cette décision devant la Chambre des assurances sociales du canton D._____ puis devant le Tribunal fédéral (TAF docs 11 annexe [arrêt de la Cour de justice] et 13 [détermination de l'assurée du 9 février 2018]). La Haute Cour s'est

prononcée le 26 mars 2019 (TAF doc 17 [courriel de l'assurée du 3 février 2020]).

D.

D.a Par décision incidente du 9 décembre 2014, l'OAIE a suspendu le versement de la rente d'assurance-invalidité de l'assurée à partir du 1^{er} janvier 2015, faisant valoir que sur la base des informations transmises par l'assurance B._____, il existe un soupçon de prestation indûment perçue. Elle a également sollicité la transmission d'une série de documentation de la part de l'assurée, notamment le questionnaire pour indépendant, les déclarations fiscales de 2007 à 2013, les relevés bancaires espagnols ainsi que toutes autres pièces utiles à l'examen de la situation économique de celle-là (OAIE doc 148).

L'assurée a remis successivement les documents requis, à savoir le questionnaire pour indépendant (OAIE doc 179 p. 1 à 3), les relevés bancaires (OAIE doc 179 p. 4 ss et doc 191 p. 7 ss), les attestations fiscales des années 2010, 2011 et 2012 (OAIE doc 191 p. 1 à 6), le formulaire E 205 délivré par le ministère de l'emploi et de sécurité sociale espagnol du 9 mars 2015 (OAIE doc 183).

D.b Par courrier du 16 juillet 2015, l'OAIE a informé l'assurée de la nécessité de la mise en place d'une expertise dans les disciplines neurologique, rhumatologique, interniste et psychiatrique (OAIE doc 202) et lui a communiqué par courrier du 15 avril 2016 les noms des experts ainsi que leur spécialisation (OAIE doc 226). L'expertise a ensuite eu lieu du 23 au 27 mai 2016 auprès du *Zentrum für Medizinische Begutachtung ZMB* à (...) et s'est déroulée en français (OAIE doc 219).

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été rendu le 26 septembre 2016 en allemand (OAIE doc 238) puis traduit en français à la demande de l'assurée (OAIE doc 263).

Sur cette base, l'OAIE a retenu un taux d'invalidité rétroactif de 0% dès le 1^{er} juillet 2014 (OAIE doc 268 [évaluation de l'invalidité])

D.c Suite au projet de décision du 10 février 2017 (OAIE doc 255) auquel l'assurée s'oppose, l'OAIE a confirmé par décision du 16 juin 2017 la suppression de la rente d'invalidité avec effet au 1^{er} juillet 2014 (OAIE doc 269).

Par courrier du 9 août 2017, l'OAIE a réclamé le remboursement des rentes indûment perçues pour la période du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2014, soit un montant de 5'838 francs (OAIE doc 272).

E.

E.a Par acte du 10 juillet 2017 (TAF doc 1), la recourante a formé recours contre la décision du 16 juin 2017. A titre liminaire, elle requiert que le rapport de surveillance et de ses annexes ainsi que le rapport d'expertise établi par le Dr G. _____ et le rapport d'expertise pluridisciplinaire réalisé par le *Zentrum für Medizinische Begutachtung* ZMB (ci-après : rapport ZMB ou rapport pluridisciplinaire) soient écartés de la procédure. A titre principal, elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à sa réformation en ce sens que son droit à la rente d'invalidité demeure inchangé. Subsidiairement, elle sollicite l'audition de son médecin traitant et de plusieurs témoins cités ainsi que la mise en place d'une expertise médicale relative à l'évaluation de son état de santé depuis le mois de janvier 2003 à ce jour et sur le caractère manifestement erroné ou non des avis médicaux des différents spécialistes figurant au dossier de l'OAIE. A l'appui de ses conclusions, elle soutient qu'eu égard à l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Vukota-Bojic* contre la Suisse du 19 octobre 2016 (CourEDH ; requête n° 61838/10), le rapport de surveillance est illicite et que les actes qui en découlent – le rapport d'expertise du Dr G. _____ et le rapport d'expertise pluridisciplinaire ZMB – sont invalides. Elle conteste ensuite la valeur probante et les conclusions des rapports d'expertise du Dr G. _____ et du ZMB, soutenant que les experts se contentent de formuler une nouvelle appréciation divergente de sa capacité de travail sur la base d'un état de santé inchangé. Concernant le rapport du Dr G. _____, elle avance qu'il s'agit d'un avis isolé et que la date du 1^{er} septembre 2008 retenue comme le début de la reprise de la capacité de travail n'est pas justifiée. Quant au rapport ZMB, elle argue que les experts ont posé un diagnostic de trouble somatoforme douloureux sans tenir compte des critères fixés par la jurisprudence. Enfin, elle réfute toute violation de l'obligation de communiquer.

E.b Dans sa réponse du 19 septembre 2017 (TAF doc 4), l'OAIE a conclu au rejet du recours, soutenant que le rapport d'expertise ZMB satisfait aux exigences jurisprudentielles en la matière et que les activités observées par les détectives sont compatibles avec les constats médicaux et corroborent les conclusions selon lesquelles la recourante est pleinement capable de travailler et n'est que partiellement limitée dans des activités impliquant le port de charges lourdes.

E.c Par réplique du 13 octobre 2017 (TAF doc 6), la recourante a maintenu l'ensemble de ses conclusions et réitère pour l'essentiel ses arguments développés dans le recours du 10 juillet 2017.

E.d Dans sa duplique du 11 janvier 2018 (TAF doc 11), l'OAIE fait valoir qu'il ressort de l'arrêt opposant la recourante à l'assurance B. _____ rendu par la Cour de justice du canton H. _____ le 21 décembre 2017 que l'état de santé de la recourant s'est amélioré et transmet une copie dudit arrêt.

E.e Dans son courrier du 9 février 2018 (TAF doc 13), la recourante relève une contradiction quant au taux de capacité de travail dans une activité adaptée, en ce sens que celui-ci s'élève à 80% selon le Dr G. _____ alors qu'il est de 100% d'après le rapport ZMB. De plus, elle avance que l'arrêt de la Cour de justice du canton D. _____ n'a aucune portée dans le cas présent et que le litige est pendant devant le Tribunal fédéral.

E.f L'OAIE s'est encore prononcé par courrier du 6 mars 2018 (TAF doc 15).

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits, si besoin est, dans les considérants en droit qui suivent.

Droit :

1.

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d LTAF (RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA; TAF doc 10).

Le recours est ainsi recevable.

2.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (cf. art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi,

le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif vol. II, 3^e éd. 2018, 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 (cf. 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 (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e 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 (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd., 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (cf. art. 13 PA et 43 al. 3 LPG) et de motiver leur recours (cf. art. 52 PA).

3.

3.1 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 (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 et 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^e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

3.2 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 16 juin 2017). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

3.3 L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où la recourante qui est retournée vivre en Espagne (OAIE doc 20) a été assurée

en Suisse de laquelle elle touche une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 1997 (notamment : OAIE doc 64). 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1 et 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). S'agissant de la relation avec la Suisse, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} 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 (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 (art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} 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'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015 et 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.

4.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. 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 (cf. art. 6 1^{ère} 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 (cf. 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 (cf. art. 6 2^e phrase LPGA).

4.2 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.

5.

5.1 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 (cf. ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (cf. arrêts du TF 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 (cf. ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

5.2 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

5.2.1 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 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 (cf. arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit., 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire de Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, (ci-après : commentaire), n. 33 ad art. 57).

5.2.2 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, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.2.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il 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 patients, avec lesquels 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, en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci ou celle-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF 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 TF 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 TF I 514/06 du 25 mai 2007 publié *in* Sozialversicherungsrecht [SVR] 2008 IV n° 15 p. 43 ; arrêt du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitant consultés par le ou la patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). Il n'en va différemment que si ces médecins traitant 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 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 ; MICHEL VALTERIO, commentaire, n. 48 et 49 ad art. 57).

5.2.4 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 (cf. arrêts du TF 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 (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1 et 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 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 (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, commentaire, n. 43 ad art. 57).

5.3 Selon la jurisprudence un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (cf. ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C_139/2019 du 26 mars 2019 consid. 4.2 et 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet MARGIT MOSER-SZELESS, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, *in* : RSAS 57/2013, p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (MARGIT MOSER-SZELESS, *op.cit.*, p. 153 ; arrêts du TF 8C_139/2019 du 26 mars 2019 consid. 4.2 et 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.5).

6.

6.1 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 (cf. 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 (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a).

6.2 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 (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du TF 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, commentaire, n. 11 ad art. 31).

7.

En l'espèce, la question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 16 juin 2017, par laquelle l'OAIE a, à l'issue d'une procédure de révision, supprimé la rente entière d'invalidité de la recourante avec effet au 1^{er} juillet 2014 (OAIE doc 269).

8.

8.1 Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ forme la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (pour autant qu'il existait des indices selon lesquels la capacité de travail résiduelle était modifiée). Une communication au sens des art. 74^{ter} let. f et Art. 74^{quater} al. 1 RAI (RS 831.201), avec laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'était intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (cf. arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et les réf. cit.). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 130 V 71 consid. 3.2.3 et les réf. cit.).

8.2 En l'espèce, l'OAI du canton E. _____ a en particulier procédé lors de sa procédure de révision du droit à la rente de la recourante à l'instruction médicale de l'état de santé de celle-ci et de sa capacité de travail, recueillant notamment le rapport d'examen pluridisciplinaire du 9 avril 2002 des Drs I. _____, J. _____ et K. _____ (OAIE doc 38 p. 6 ss), les résultats d'IRM du cervicale du 4 juin 2002 (OAIE doc 55), l'avis médical du Dr J. _____ du 29 décembre 2012 (OAIE doc 41), le rapport d'examen clinique du 18 février 2003 du Dr J. _____ (OAIE doc 38 p. 1 ss) et les rapports médicaux du Dr L. _____ des 3 et 7 octobre 2002 (OAIE doc 45). Ce faisant, l'OAI du canton E. _____ a effectué un examen matériel du droit de la recourante à la rente d'invalidité, en

constatant les faits pertinents et en appréciant les pièces recueillies. Il suit de là que la décision du 17 mars 2003 constitue la dernière décision entrée en force.

8.3 Les communications ultérieures, soit la communication du 1^{er} juin 2006 établie par l'OAI D._____ (OAIE doc 94) et du 1^{er} septembre 2011 de l'OAIE (OAIE doc 140) rendues suite à deux révisions de rente, s'avèrent par contre n'être que des confirmations formelles du droit de la rente entière de la recourante, suite au constat par l'OAI du canton D._____, puis par l'OAIE, d'une situation demeurée inchangée, basé sur des rapports de médecins traitants (OAIE docs 22 et 130), des résultats radiologiques (OAIE docs 112, 113, 114, 115, 129 et 135), un rapport d'urgence (OAIE doc 116), un rapport médical succinct issu de l'Institut M._____ (OAIE doc 134), un rapport médical sommaire de l'Institut M._____ (OAIE doc 132), un rapport E 213 (OAIE doc 111) ainsi que des prises de positions du Dr N._____, médecin de l'OAIE, des 28 mai et 1^{er} décembre 2010 et des 10 janvier et 19 août 2011 (OAIE docs 102, 119, 123 et 139 ; cf. consid. 10 et 13.3).

8.4 Sur le vu de ce qui précède, la question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification notable doit donc être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 17 mars 2003 (cf. *infra* consid. 9) avec ceux ayant présidé au prononcé de la décision litigieuse du 16 juin 2017 (cf. *infra* consid 10).

9.

Il ressort du dossier que la décision du 17 mars 2003 (OAIE 45) confirmant la rente d'invalidité entière octroyée à la recourante à partir du 1^{er} septembre 1997 repose avant tout sur les conclusions du rapport d'examen clinique du 18 février 2003 établi par le Dr J._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie (OAIE doc 38 p. 1 à 5 ; doc 36 p. 3 [décision par voie de circulation]).

Dans ledit rapport, le Dr J._____ a établi une anamnèse, recueilli les traitements médicamenteux et les plaintes exprimées par la recourante. Il a ensuite procédé à un examen clinique et a observé qu'à pieds nus, la recourante déambulait sans boiterie et la marche sur la pointe du pied et sur le talon était bien exécuté ; l'accroupissement était complet mais accompagné de douleurs au niveau lombo-fessier à droite. Au niveau neurologique, il a notamment noté la présence de zone de hypoesthésie dans la région au bord radial de l'avant-bras gauche et au dos des pieds à droite, une très discrète diminution de force de l'opposant du pouce à

gauche et des fléchisseurs des doigts à gauche, des paresthésies irradiant depuis la région du poignet en amont au niveau des deux membres supérieurs et des paresthésies diffuses des deux mains ainsi que des douleurs diffuses de tout le membre supérieur à gauche et dans la région lombo-fessiers. Sur le plan rachidien, le Dr J. _____ a remarqué en particulier une discrète déviation scoliotique de la nuque vers la droite, de la région dorsale vers la gauche et de la région lombaire vers la droite ; la recourante ressentait également des douleurs à la palpation dans la région para-cervicale avec une nette tendomyose ainsi qu'une tendomyose douloureuse dans la partie horizontale du trapèze, au niveau paralombaire inférieure à droite, dans la région para-dorsale à gauche ainsi qu'au niveau du muscle pyramidal à droite. De plus, la mobilité cervicale vers la gauche était limitée et accompagnée de vives douleurs à droite. Quant au déroulement de la lordose lombaire, il était incomplet et la rétroflexion du tronc était limitée avec des douleurs au niveau de la charnière lombo-sacrée ; la latéroflexion du tronc était harmonieuse vers la droite et peu douloureuse, en revanche, elle était limitée et disharmonieuse vers la gauche avec cassure au niveau de la charnière dorso-lombaire et douloureuse. Il a également constaté des douleurs à la palpation du pourtour du moignon de l'épaule, de l'épitrôchlée et de l'épicondyle à gauche et que la pro-supination contrariée avec le coude tendu engendrait des douleurs épicondyliennes et épitrôchléennes uniquement à gauche. Au niveau des mains, la recourante ressentait quelques douleurs à la mobilisation de la trapézo-métacarpienne à gauche. Quant aux membres inférieurs, il a notamment relevé des douleurs vives à la palpation de la face externe du grand trochanter à droite.

Sur cette base, le Dr J. _____ a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervico-brachialgies bilatérales chroniques persistantes sur une hernie discale C5-C6 et C6-C7 et une tendomyose en cascade du membre supérieur à gauche et de lombosciatalgies chroniques persistantes à droite sur un état après cure d'une hernie discale L4-L5, une probable micro-instabilité L4-L5 et une périarthrite de la hanche droite avec tendomyose du pyramidal. Il a expliqué que les limitations fonctionnelles au niveau lombaire consistaient en des activités n'impliquant pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, d'effort en porte à faux du tronc et permettant de pouvoir alterner au moins deux fois par heure la position assise et la position debout ; la problématique cervicale entraînait quant à elle l'impossibilité de maintenir une quelconque position statique immobile prolongée de la nuque et de solliciter des membres supérieur de manière répétée pour des

mouvements, même sans déploiement de force de manière prolongée. Le médecin a indiqué que compte tenu de la coexistence des problèmes cervico-brachiaux et lombosciatiques imposant des limitations fonctionnelles difficilement conciliable, la capacité de travail exigible n'était pas supérieure à 25% même avec une activité adaptée. De plus, des mesures de reclassement professionnel n'étaient pas indiquées et un traitement médico-chirurgical permettant une amélioration significative et durable de la situation n'était pas envisageable.

10.

L'instruction de la présente procédure de révision a porté au dossier en particulier la documentation médicale suivante :

- le rapport d'expertise du 13 novembre 2000 établi par le Dr O. _____ (OAIE doc 62), spécialiste en chirurgie et neurochirurgie, à la demande de l'assurance B. _____ dans lequel il retient les diagnostic suivants : « status après traumatisme des tissus mous lombaires le 2 mars 1995, discopathie en L4-L5 de type dégénératif, status après facetectomie et discectomie L4-L5 droite, le 13 juin 1995 pour sténose du récessus latéral et discopathie protrusive, status après traumatisme cervical des tissus mous le 2 mars 1995 avec dépression réactive et fibromyalgie secondaire, cervico-brachialgie gauche fruste d'origine incertaine, obésité, status après interventions pour syndrome du tunnel carpien bilatéral, syndrome fruste du défilé thoracique à droite et épicondylite interne humérale droite » (p. 14). Il indique que l'amélioration de la capacité de travail de la recourante demeurait difficilement envisageable, en ce sens que la durée, la chronicisation et l'échec de tout ce qui avait été entrepris sur le plan thérapeutique faisaient qu'une telle éventualité ne semblait pas irréalisable (p. 15). Il avance qu'un travail léger, à mi-temps et permettant, sans l'imposer, de fréquents changements de position restait possible (p. 15).
- le rapport du SMR Rhône du 28 mai 2010 (OAIE doc 102) dans lequel le Dr N. _____, médecin-conseil du SMR Rhône et spécialiste en médecine générale, reprend pour l'essentiel les diagnostics ressortant du rapport d'examen clinique du Dr J. _____ du 18 février 2003, à savoir « cervico-brachialgies bilatérales chronique persistantes, hernie discale C5-C6 médiane – paramédiane à gauche, hernie discale C8-C7 médiane et tendomyose en cascade du membre supérieur à gauche ; lombo-sciatalgies chroniques persistantes à droite, status après cure de hernie discale L4-L5, probable micro-instabilité L4-L5, périarthrite de hanche droite avec tendomyose du pyramidal ; hypertension artérielle

traitée et obésité ». Il note ensuite que l'examen ne mettait pas en évidence de déficit neurologique au niveau des membres supérieurs et que l'on a statué lors de la révision de 2006 sur la base d'un état de santé inchangé.

- le rapport du SMR Rhône du 1^{er} décembre 2010 (OAIE doc 119) dans lequel le Dr N. _____ indique que les renseignements produits par la recourante étaient insuffisants et inutilisables pour statuer, en particulier le document E 213 du 7 septembre 2010 (OAIE docs 111, 112, 113, 114, 115 et 116).
- le rapport du SMR Rhône du 10 janvier 2011 (OAIE doc 123) dans lequel le Dr N. _____ indique que pour la révision, il est nécessaire d'avoir un rapport orthopédique indiquant clairement les diagnostics selon nomenclature CIM 10, une anamnèse circonstanciée avec évolution de l'atteinte à la santé depuis 2006, les plaintes actuelles, le status clinique actuel et éventuels rapports d'examens spécialisés effectués au cours des dernières années ainsi que les limitations fonctionnelles actuelles.
- le rapport du SMR Rhône du 19 août 2011 (OAIE doc 139) dans lequel le Dr N. _____ retient les diagnostics de cervico-brachialgies chroniques sur troubles dégénératifs discaux (M50.19) et lombosciatalgies chroniques sur troubles dégénératifs discaux (M51.1) et indique que la documentation médicale reçue n'était pas conforme à ce qui avait été requis, mais elle permettait néanmoins de conclure à un état de santé inchangé (OAIE docs 111, 112, 113, 114, 115, 116, 129, 130, 132, 134 et 135).
- la prise de position du 27 mai 2015 du Dr P. _____ (OAIE doc 195), médecin de l'OAIE et spécialiste en rhumatologie, dans laquelle celui-ci retient les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques et de cervico-brachialgies chroniques sur hernies discales étagées. Le médecin préconise, après avoir exposé l'historique médicale de la recourante, une expertise médicale dans les disciplines de la rhumatologie, de la médecine interne et de la psychiatrie.
- la prise de position du 6 juillet 2015 de la Dresse Q. _____, médecin de l'OAIE et spécialiste en neurologie (OAIE doc 197), laquelle retient qu'un point de vue neurologique, la recourante souffre des lombosciatalgies chroniques avec cure d'hernie discale en juillet 1995 et des cervico-brachialgies chroniques sur hernies discales étagées depuis

1996 dont une IRM cervicale datant de juillet 2013 avait mis en évidence des hernies discales C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec contacte médullaire. Elle estime que, dans ce contexte, une expertise neurologique serait nécessaire afin d'évaluer la répercussion clinique de ces altérations et les limitations fonctionnelles. De même, un examen neurologique détaillé, une IRM cervicale et lombaire ainsi qu'un électroneuromyogramme des quatre membres s'avèreraient nécessaires.

- le rapport d'expertise du 26 janvier 2016, complété le 17 mars 2016, établi par le Dr G._____ (OAIE doc 221), spécialiste en neurochirurgie, mandaté par l'assurance B._____ et dont le nom a été suggéré par la recourante, dans lequel ledit médecin a apprécié le matériel d'observation et évalué l'état de santé de celle-ci. Il constate en particulier que l'IRM cervicale réalisée le 3 mars 2015 montre une régression des protrusions discales avec une perte de la lordose cervicale et une contradiction entre les limitations fonctionnelles rapportées par la recourante à l'occasion de son examen médical et de son audition du 11 décembre 2014 dans les locaux de l'assurance B._____ et le résultat de la surveillance effectuée en juillet, août et octobre 2014. Le médecin fixe ensuite la capacité de travail à 80% au moins dans l'ancienne activité comme dans toute activité de bureau sédentaire et légère et propose la date du 1^{er} septembre 2008 comme date d'une reprise de capacité de travail, ce qui correspond aux premiers éléments du dossier de surveillance documentant un statut fonctionnel compatible avec une amélioration.
- le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 26 septembre 2016 établi par le Dr R._____, psychiatre, le Dr S._____, médecin interniste, le Dr T._____, neurologue et le Dr U._____, rhumatologue (OAIE doc 238 en allemand ; doc 263 en français). Ils ont retenu comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail ce qui suit : « un syndrome cervico-spondylogène et cervico-céphalique chronique surtout à droite avec composante de migraine avec évolution dégénérative de la colonne cervicale avec protrusions discales multiples surtout de la colonne cervicale inférieure gauche, déséquilibre musculaire de la nuque et ceinture scapulaire concomitante, légère syndrome clinique concomitant d'*impingement* fonctionnel des épaules, surtout à droite, sans syndrome d'irritation et de déficit radiculaire sur les extrémités supérieures, première apparition après entorse cervicale en septembre 1996 avec à l'époque surtout des douleurs cervicales et des maux de tête ; un syndrome lombo-vertébral chronique avec

irradiation spondylogène intermittente à droite avec dégénération marquée multisegmentaire, surtout dans les segments opérés L4-L5, état après discectomie et facetectomie avec hernie discale L4-L5 à droite le 13 juin 1995, sans syndrome d'irradiation et de déficit radiculaire sur les extrémités inférieures ; une gonarthrose bilatérale avec *Genu valgum*, état après lésion latérale du ménisque symptomatique à gauche en 2009 ». Ils indiquent qu'en visionnant les enregistrements vidéo recueillis à l'occasion de la surveillance mandatée par l'assurance B._____ en 2014, la recourante ne présente pas de restriction significative de la mobilité et peut mouvoir librement la colonne vertébrale en rotation et le torse ainsi que marcher sans entraves apparentes. De plus, elle ne semble pas être diminuée psychiquement ni dépressive ni autrement affectée pathologiquement. Ils concluent ainsi que la recourante ne présente aucune restriction de la capacité de travail que ce soit pour ses anciennes activités ou pour des activités adaptées, à savoir celles qui ne nécessitent pas de charges lourdes pour le dos, de port ou de soulèvement des charges de 5 kg de façon répétitive et de 10 kg de façon intermittente, de position debout exclusive et prolongée, de long trajet à pied, de position à genoux ou embryonnaire, de montée de marches et de position forcée de la colonne vertébrale.

Invitée à prendre position, la Dresse V._____, médecin-conseil de l'OAIE et spécialiste en médecine générale et en médecine physique et rééducation, en se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire ZMB, expose dans sa prise de position du 14 octobre 2016 que la recourante présente essentiellement des problèmes dégénératifs étagés, compatibles avec l'âge et dans un contexte d'obésité et que les plaintes ne peuvent plus être attribuées aux séquelles de l'accident. Elle note ensuite qu'au niveau neurologique, psychiatrique et de médecine interne, il n'existe aucune limitation de la capacité de travail. Quant au domaine rhumatologique, il y a une limitation pour les activités lourdes et le port de charge maximum entre 5 et 10 kg ; la capacité de travail est en revanche totale pour les activités légères à modérées et les activités exercées antérieurement sont comme exigibles à l'exception de l'activité de vendeuse de boutique de vêtement, dès lors que celle-ci peut requérir parfois le port des charges lourdes. Elle mentionne finalement que selon les experts du rapport ZMB, l'état de santé est resté inchangé depuis septembre 2011 et il n'y a pas d'argument clinique en faveur ni d'une amélioration ni d'une péjoration. A cela s'ajoute qu'il n'existe pas d'élément somatique ni psychologique qui pourraient compromettre une auto-réadaptation (OAIE doc 245).

11.

La recourante se prévaut tout d'abord de l'arrêt CourEDH Vukota-Bojic contre la Suisse du 19 octobre 2016 pour prétendre que la surveillance aurait été ordonnée sans aucune base légale et les éléments recueillis devraient être considérés comme illicites et écartés de la procédure (OAIE docs 156, 157, 158 et 159). De même, les pièces médicales y référant, tels que le rapport d'expertise du Dr G. _____ du 26 janvier 2016 (OAIE doc 221) et le rapport d'expertise pluridisciplinaire ZMB du 26 septembre 2016 (OAIE doc 238 en allemand, doc 263 en français) ne pourraient être exploités.

11.1 Il sied de relever en premier lieu qu'au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral – applicable en l'espèce au vu de la période temporelle où sont survenus les faits juridiquement déterminants (sur ce point cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1) –, le défaut de base légale pour la surveillance des assurés ne signifie pas une interdiction d'utiliser le matériel d'observation (cf. arrêt du TF 9C_195/2020 du 10 juillet 2020 consid. 3).

11.2 Faisant suite à l'arrêt Vukota-Bojic contre la Suisse rendu le 19 octobre 2016 par la Cour européenne de droits de l'homme (n°61838/10), le Tribunal fédéral a déclaré que l'art. 59 al. 5 LAI – selon lequel les offices AI peuvent faire appel à des spécialistes pour lutter contre la perception induite de prestations – ne constitue pas une base légale suffisante qui réglerait de manière étendue, claire et détaillée la surveillance secrète également dans le domaine de l'assurance-invalidité. En conséquence, une telle mesure de surveillance, qu'elle soit mise en œuvre par l'assureur-accidents ou l'office AI, porte atteinte à l'art. 8 CEDH, respectivement à l'art. 13 Cst. qui a une portée pour l'essentiel identique. Dans cette mesure, la jurisprudence publiée *in* ATF 137 I 327 ne peut être maintenue (cf. ATF 143 I 377 consid. 4). Il convient dès lors de constater que la surveillance menée est en l'espèce contraire au droit, parce qu'elle a été effectuée en violation des droits garantis par les art. 8 CEDH et 13 Cst.

11.3 Reste donc à examiner si le matériel de surveillance ainsi que les rapports médicaux y référant peuvent être exploités.

11.3.1 L'examen du sort de la preuve illicite doit être effectué au regard uniquement du droit suisse, la CourEDH vérifiant seulement si une procédure dans son ensemble peut être considérée comme équitable au sens de l'art. 6 CEDH (cf. arrêt du TF 8C_570/2016 du 8 novembre 2017 consid. 1.5). A cet égard, dans l'ATF 143 I 377, le Tribunal fédéral a retenu pour l'essentiel qu'il est en principe admissible d'exploiter les résultats de

la surveillance (et, de ce fait, d'autres preuves fondées sur ceux-ci), à moins qu'il ne résulte de la pesée des intérêts en présence que les intérêts privés prévalent sur les intérêts publics. Il a précisé, à la lumière de l'exigence relative au caractère équitable de la procédure, qu'une vidéo contrevenant à l'art. 8 CEDH est exploitable, pour autant que les actes de la personne concernée qui ont été enregistrés aient été effectués de sa propre initiative et sans influence extérieure, et qu'aucun piège ne lui ait été tendu (ATF 143 I 377 consid. 5.1.1 ; arrêts du TF 9C_342/2017 du 29 janvier 2018 consid. 5, 8C_570/2016 consid. 1, 9C_817/2016 du 25 septembre 2017 consid. 3.3.1 ; voir aussi à ce sujet Margit Moser-Szeless, op.cit., p. 129 ss, plus spécialement p. 153). Il a par ailleurs considéré qu'il y a bien lieu, en droit des assurances sociales, de partir du principe d'une interdiction absolue d'exploiter le moyen de preuve, dans la mesure où il s'agit d'une preuve obtenue dans un lieu ne constituant pas un espace public librement visible sans difficulté (cf. ATF 143 I 377 consid. 5.1.3 et la réf. cit. ; arrêts du TF 8C_570/2017 du 8 novembre 2017 consid. 1.5 et 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 6.4.2).

11.3.2 En l'espèce, l'assurance B._____ a mandaté un bureau de détective sis (...) pour mener une surveillance sur la recourante afin d'infirmer ou confirmer l'information reçue selon laquelle celle-là participe à la gestion du restaurant W._____ à (...) (OAIE docs 153 et 160). La recourante a été observée de manière directe les 24 et 25 juillet 2014, le 1^{er} août puis du 22 au 26 octobre 2014, soit huit jours sur une période totale de trois mois (OAIE docs 158 et 159). Il s'ensuit qu'on ne saurait considérer cette observation comme un contrôle systématique et continu.

11.3.3 Les 24 et 25 juillet puis le 1^{er} août 2014, la recourante a été vue en train de s'activer dans la cuisine dudit restaurant – dont l'intérieur est visible à travers la porte derrière le bar –, de préparer les consommations derrière le bar, de donner des instructions et de servir la clientèle sur la terrasse (OAIE doc 158 p. 9 ss). Il y a lieu de relever que si un restaurant est considéré comme un lieu public accessible (cf. arrêts du TF U 589/06 du 21 décembre 2007 et 8C_570/2016 du 8 novembre 2017 consid. 2.3), sa cuisine ne saurait être vue sans autres comme un espace public (cf. arrêts du TF 8C_570/2016 du 8 novembre 2017 consid. 2.3 et 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.4). Toutefois, *in casu*, les images de la recourante œuvrant dans la cuisine peuvent être prises en compte dans la mesure où celles-ci ont été prises au moment où celle-là se tenait près du cadre de la porte, de sorte que les activités étaient aisément perceptibles par chacun depuis l'extérieur (dans ce sens, voir ATF 137 I 327 consid. 6.2).

Quant aux 25 et 26 octobre 2014, la recourante a été observée, toujours sur l'espace public, en train de tenir un stand lors de la fête de la châtaigne et de servir les clients, debout, durant toute la journée. Elle s'est également occupée des rangements en fin de soirée et a notamment déplacé et posé des tables les unes sur les autres (OAIE doc 159 p. 31 ss).

Sur le vu de ce qui précède, la surveillance a porté ici sur des activités somme toute banales et quotidiennes de la recourante, qui relèvent de l'exploitation normale d'un restaurant et d'un stand au marché. De plus, il n'apparaît pas que les scènes observées par les détectives soient le résultat d'une influence extérieure, en ce sens que la recourante aurait été poussée par ceux-ci à entreprendre des actes qu'elle n'aurait pas faits autrement ; celle-ci ne le prétend d'ailleurs nullement.

S'agissant du reste du rapport d'observation, il consiste en des informations trouvées sur des sites Internet publics accessibles à tous et à chacun, notamment des photos postées par la recourante en train de danser à des soirées, de faire de la moto, de jouer au bowling et de participer à des séminaires (OAIE docs 156 et 157).

11.3.4 Enfin, Comme déjà mentionné plus haut (cf. consid. 11.3.1), l'ensemble de ces preuves ne sont admissibles que s'il ne résulte pas de la pesée des intérêts en présence que les intérêts privés de l'assuré prévalent sur les intérêts publics. Or, en l'espèce, l'intérêt public apparaît prépondérant compte tenu des circonstances concrètes. Selon le Tribunal fédéral, en matière d'assurance sociale l'intérêt public à lutter de manière efficace contre les abus et à démasquer ou empêcher les fraudes constitue une justification suffisante pour une observation limitant la protection de la sphère privée (cf. ATF 143 I 377 consid. 5.1.2 et la réf. cit.). Cet intérêt public est prépondérant et doit être placé au-dessus de l'intérêt d'un assuré à la protection de sa sphère privée si l'atteinte est adéquate, nécessaire et proportionnée. Selon le Tribunal fédéral, c'est le cas si l'observation représente une atteinte de peu d'importance au droit de l'assuré au respect de sa vie privée, à savoir que l'observation doit avoir été faite sur la base de soupçons fondés, dans un espace public et n'avoir pas duré trop longtemps (cf. ATF 143 I 377 consid. 5.1.2).

11.4 Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, force est de constater que ces conditions sont remplies en l'occurrence et les résultats de la surveillance peuvent dès lors être exploités dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va de même pour le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 septembre 2016 et du rapport d'expertise du Dr G. _____ du 26

janvier 2016, lesquels en plus d'avoir procédé à des constatations médicales, se réfèrent également aux résultats de la surveillance. Le grief de la recourante doit dès lors être rejeté.

12.

La décision litigieuse supprimant la rente d'assurance-invalidité de la recourante se base principalement sur les conclusions retenues par les Drs S._____, U._____, T._____ et R._____ du rapport pluridisciplinaire ZMB du 26 septembre 2016 reprises et discutées ensuite par le médecin du service médical de l'OAIE.

La recourante prétend quant à elle que ledit rapport ne satisferait pas aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'un document médical, en particulier en ce qui concerne les critères relatifs aux troubles somatoformes. A cela s'ajoute que les experts auraient procédé à une appréciation divergente sur la base d'un état de fait inchangé.

12.1 A la lecture dudit rapport, force est de constater qu'il n'y a pas de motifs de s'écarter de ces conclusions, lesquels mettent en évidence une amélioration de la capacité de travail de la recourante.

Il appert en effet que ce rapport a été réalisé par un médecin interniste, un rhumatologue, un neurologue et un psychiatre, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de la recourante. Leur rapport satisfait en outre aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où il tient compte des éléments au dossier à leur disposition (OAIE doc 238, p. 4 ss), contient une anamnèse complète (OAIE doc 238 p. 21 à 24, 28, 41 à 42 et 53 à 55), prend en considération les plaintes de la recourante (cf. OAIE doc 238 p. 25, 29 à 32, 42 à 44 et 55), se fonde sur des examens circonstanciés (OAIE doc 238 p. 25 à 26, 33 à 35, 45 à 46 et 55 à 57) ainsi que sur les résultats d'examen endocrinologique (OAIE doc 238 p. 26 et 77), radiologique (OAIE doc 238 p. 35), électroneurographique et électromyographique (OAIE doc 238 p. 47). Ledit rapport contient également une discussion sur la situation médicale et les points litigieux (OAIE doc 238 p. 26 à 27, 36 à 39, 48 à 52 et 58 à 60), de même que des conclusions motivées (OAIE doc 238 p. 61 à 71). Par ailleurs, les experts ont tenu compte du fait qu'ils interviennent dans le cadre d'une révision de rente et qu'il convenait donc de considérer non seulement les circonstances présentes, mais également celles existant au moment la révision du 17 mars 2003 (OAIE doc 238 p. 68 à 70). Enfin, le rapport d'expertise pluridisciplinaire ne consiste pas en une

nouvelle appréciation d'un même état de fait comme prétend la recourante, dès lors qu'il ressort clairement de l'analyse des experts et du matériel de surveillance que la capacité de travail de la recourante s'est nettement améliorée, dans la mesure où elle est en mesure d'exercer les activités constatées.

12.2 Dans la discipline de la médecine interne, le Dr S. _____ a établi de manière complète une anamnèse familiale, sociale, professionnelle, pathologique et systématique puis a inscrit les traitements médicamenteux de la recourante (OAIE doc 238 p. 20 à 24). L'expert a ensuite dûment noté les plaintes exprimées par celle-ci et a mené un examen clinique (OAIE doc 238 p. 25-26). Il s'est également référé au rapport endocrinologique du 25 juin 2016 émanant du laboratoire X. _____ (OAIE doc 238 p. 26 ; p. 73-74). Sur la base de ces constats, il a retenu le diagnostic d'hypertonie artérielle, d'obésité, d'un état après une opération bariatrique pour cause d'obésité, d'un état après fibrillation auriculaire et d'hypothyroïdie substituée (OAIE doc 238 p. 26). Il a précisé qu'il n'y avait ni signe clinique d'un trouble rythmique ni de restriction de la capacité de travail (OAIE doc 238 p. 27).

Force est donc de constater que le rapport du Dr S. _____ s'avère motivé et convaincant et satisfait aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante ; la recourante n'apporte aucun élément permettant de le remettre en cause.

12.3 Sur le plan rhumatologique, le Dr U. _____ a tout d'abord diligemment complété l'anamnèse (OAIE doc 238 p. 28) et recueilli les plaintes de la recourante (OAIE doc 238 p. 29) puis a procédé à un examen clinique détaillé (OAIE doc 238 p. 33 à 35).

12.3.1 Celui-ci a conduit l'expert à constater une réduction nette de la mobilité de la colonne cervicale et de multiples dolences à la palpation au niveau des cervicales, de la ceinture scapulaire, de la jonction cervico-thoracique de la colonne vertébrale, de la musculature paralombaire et de la ceinture pelvienne ainsi que sur l'occiput. Au niveau de la colonne lombaire, il a relevé des douleurs paralombaires en extension à droite et des douleurs lombaire en extension et en flexion ainsi que des douleurs au niveau de la fesse droite, lesquelles peuvent être provoquées par l'examen de l'articulation de la hanche dont la mobilité est réduite d'un tiers en abduction et en rotation intérieure. Il a également remarqué une claudication à droite et un *genu valgum* avec crépitation surtout à droite et

une patella à droite non mobile ; il a relevé toutefois une mobilité satisfaisante dans son ensemble (OAIE doc 238 p. 33 à 35, 37).

12.3.2 Sur la base de ces constats et des radiographies mis à sa disposition (OAIE doc 238 p. 35), l'expert a retenu de façon convaincante les diagnostics de syndrome cervico-spondylogène et cervico-céphalique chronique surtout à droite avec composante de migraine avec évolutions dégénératives, notamment de la colonne cervicale inférieure, un déséquilibre musculaire cervical et de la ceinture scapulaire et un syndrome d'accrochage des deux épaules, particulièrement à droite ; de syndrome lombo-vertébral chronique avec irradiation spondylogène intermittente sur le côté droit avec dégénérescence multisegmentaire, surtout dans les segments L4-L5 ainsi que de gonarthrose avec *genu valgum* (OAIE doc 238 p. 36).

12.3.3 L'expert a ensuite mis en évidence les limitations fonctionnelles et a relevé qu'il existait des restrictions en termes de sollicitation répétitive des bras et des travaux statiques ou au-dessus de la tête et qu'à cause de la gonarthrose bilatérale, les sollicitations et les postures forcées de la colonne cervicale et lombaire, y compris les courbures, la position assise prolongée, les marches prolongées et les positions agenouillée ou embryonnaire étaient à proscrire. Cependant, les éléments des rapports de surveillance ont montré que la recourante était capable de se mouvoir librement, de bouger la tête et les bras ainsi que le torse, de sorte que la capacité de travail résiduelle pour des activités adaptées était optimale, en particulier des activités légères avec des charges alternées, sans longs trajets à pied, sans travail répétitif des bras en position statique au-dessus de la tête, sans posture forcée de la colonne cervicale et lombaire, sans montées de marches répétitives et sans position embryonnaire ou agenouillée. Le Dr U. _____ a estimé que l'activité de vendeuse en prêt-à-porter, à savoir la dernière activité exercée par la recourante en Suisse, était envisageable avec un profil adapté. Il a également fait part que bien que les problèmes de santé indiqués par celle-ci étaient en grande partie cohérents, l'étendue de la gêne ainsi que les hautes intensités de la douleur n'étaient pas entièrement explicables et étaient contredites par les images issues de la surveillance, notamment en ce qui concerne les lombaires et le sentiment d'instabilité avec un « *giving away* » de la jambe droite ainsi que la tendance aux chutes (OAIE doc 238 p.39).

12.3.4 Finalement, le médecin s'est déterminé sur les différents rapports spécialisés établis antérieurement, à savoir celui du Dr P. _____ du 27 mai 2015, le rapport d'examen pluridisciplinaire du 9 avril 2002 ainsi que

l'examen clinique du Dr J. _____ du 18 février 2003, puis a conclu qu'il n'y avait pas de décalage majeur entre les diagnostics, y compris celui du neurochirurgien traitant, le Dr Y. _____ (OAIE doc 238 p. 40).

12.3.5 Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le rapport du Dr U. _____ est clair et convaincant et les exigences quant à la valeur probante sont dès lors remplies ; la recourante n'avance aucun argument permettant de retenir le contraire.

12.4 Au niveau neurologique, le Dr T. _____ a premièrement complété l'anamnèse (OAIE doc 238 p. 41 à 42) puis a noté en détail les plaintes dont faisait part la recourante (OAIE doc 238 p. 42 à 44) et a procédé à un examen clinique circonstancié (OAIE doc 238 p. 45 à 48).

12.4.1 Il a notamment constaté plusieurs affections avec des douleurs dominantes dans les régions de la nuque, de l'épaule et du bras supérieur à droite, de la colonne lombaire et de la jambe droite accompagnée d'une faiblesse surtout à droite des extrémités supérieures qui selon la recourante la handicapait. De plus, la sensibilité à la pression des tissus mous du cou et de la colonne cervicale était très forte, les mouvements passifs des cervicales étaient douloureux. Il a ensuite indiqué que l'examen neurologique ne donnait que de très faibles indices objectifs et qu'il n'y avait notamment pas de signe d'un syndrome d'irritation et de déficit radiculaire ou d'une lésion des cordons de la moelle épinière des extrémités supérieures et inférieures (OAIE doc 238 p. 45 à 46 ; 50 à 51).

12.4.2 Sur la base de ces constats et des différentes imageries mise à sa disposition, le Dr T. _____ a posé comme diagnostics suivants : « syndrome de douleurs chroniques cervicales, cervico-céphaliques et à droite cervico-brachiales avec composante de migraine, sans syndrome d'irritation et de déficit radiculaire sur les extrémités supérieures avec évolution dégénératives multisegmentaires de la colonne cervicale avec discopathies à la suite d'un choc arrière avec entorse cervicale le 30 septembre 1996 ; syndrome lombo-spondylogène chronique sans syndrome d'irritation et de déficit radiculaire sur les extrémités inférieures avec évolution dégénératives multisegmentaires de la colonne lombaire après discectomie et facetectomie L4-L5 à droite du 13 juin 1995 ; suspicion d'un syndrome du canal carpien bilatéral, à droite de degré plus modéré à l'électroneurographie après décompression opérative bilatérale du nerf médian dans le canal carpien en 1996 » (OAIE doc 238 p. 48). Il a indiqué qu'en dépit des évolutions dégénératives de la colonne cervicale et lombaires documentées à l'imagerie, il n'y avait pas de signe d'une

compromission des structures neurogènes de sorte que la santé de la recourante n'était pas atteinte de manière significative d'un point de vue neurologique (OAIE doc 238 p. 51). De plus, en l'absence de symptômes de déficit neurologique objectivement qualifiables, il n'y avait pas lieu de retenir une quelconque limitation fonctionnelle au niveau neurologique et que les troubles fonctionnels résultaient de l'évolution du squelette axial et correspondaient à l'évaluation de l'expert rhumatologique. Le Dr T._____ a également expliqué que les fortes douleurs ainsi que les restrictions décrites par la recourante n'étaient que partiellement explicables et pourraient provenir d'une composante psychique qu'il conviendrait de se référer à l'évaluation de l'expert psychiatrique (OAIE doc 238 p. 52).

12.4.3 Pour finir, le neurologue s'est encore déterminé sur les rapports spécialisés antérieurs et les résultats de la thérapie à ce jour puis a retenu que d'un point de vue neurologique, une reprise d'une activité adaptée à la maladie du dos semblait exigible (OAIE doc 238 p. 52 et 53).

12.4.4 Compte tenu de ce qui précède, le rapport du Dr T._____ s'avère motivé et convaincant et remplit entièrement les réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante ; la recourante ne prétend par ailleurs nullement que tel ne serait pas le cas.

12.5

12.5.1 Concernant le volet psychiatrique, le Dr R._____ a tout d'abord complété l'anamnèse puis a rapporté les plaintes de la recourante, indiquant notamment que cette dernière qualifiait son état de ni bien ni mal et sa situation de compliquée, en particulier en raison de ses douleurs cervicales et scapulaires qui lui donnaient parfois un coup sur le moral (OAIE doc 238 p. 53 à 55).

L'expert a ensuite exposé ses observations, fondées sur son entretien avec la recourante, relevant en particulier que l'affectivité de celle-ci était globalement caractérisée par une eutonie à coloration histrionique sans dépression ou autre pathologie. Il a relevé de manière convaincante qu'il n'y avait pas d'indication portant sur la présence d'une perte de performance cognitive organique ou d'un trouble de la personnalité organique et que la façon de penser formelle était cohérente et logique sans signe de psychose ou de confabulation. Il a également remarqué une parole extensive et prolixie ainsi qu'une recherche de compréhension et d'affection. Il a enfin indiqué que la recourante ne présentait pas d'autres

troubles de la pensée en terme de contenu ni de troubles de l'égo ou de la perception mis à part une peur hypocondriaque d'une nouvelle aggravation de son état de santé (OAIE doc 238 p. 55 à 57). Sur la base de ces constats, le Dr R._____ a retenu comme diagnostics un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et une accentuation histrionique de certains traits de la personnalité (Z 73.1) (OAIE doc 238 p. 57).

Il a expliqué que du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de signe d'une exagération consciente voire d'une simulation. La non limitation physique visible sur les vidéos d'observation pouvait s'expliquer dans le cadre de la problématique psychosomatique où le vécu de la douleur n'était pas constant, mais dépendait de circonstances externes sociales et psychologiques (OAIE doc 238 p. 59). Il s'est encore déterminé sur le rapport psychiatrique du Dr K._____ du 2012 (sic) et a avancé que l'on ne trouvait plus de symptomatologie dépressive, de sorte qu'il y avait une concordance dans l'évaluation de la capacité de travail qui n'était pas restreinte d'un point de vue psychiatrique (OAIE doc 238 p. 59 à 60).

12.5.2 Dès lors, le rapport du Dr R._____ apparaît motivé et convaincant ; les critiques de la recourante à son égard ne sont de nature à remettre en cause la valeur probante de ce rapport et ses conclusions.

12.5.3 La recourante indique en effet que les critères fixés par la jurisprudence relative à l'évaluation invalidant des affections psychosomatiques n'ont pas été examinés, de sorte qu'aucune valeur probante ne saurait être reconnue au rapport d'expertise pluridisciplinaire.

Dans ce contexte, le tribunal rappelle 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 tels 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 et 143 V 418 consid. 6 ss). Pour ce faire, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs (cf. 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 (cf. 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. 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 (cf. ATF 143 V 418 consid. 7.1). Or, tel est le cas en l'espèce, l'expert psychiatrique R._____ ne faisant état, dans son rapport, dont la qualité et la fiabilité ont été démontrée, d'aucune limitation fonctionnelle de nature psychiatrique et concluant de façon motivée que la capacité de travail de la requérante est entière d'un point de vue psychiatrique, de sorte que les indicateurs n'ont point besoin d'être évalués. Par ailleurs, la requérante ne prétend nullement que les diagnostics retenus porteraient atteinte à sa capacité de travail.

12.6 L'ensemble des spécialistes ont ensuite procédé à un récapitulatif de la carrière professionnelle et l'évolution de la maladie de la requérante (OAIE doc 238 p. 60-61) puis a retenu de façon motivée comme diagnostics pluridisciplinaires avec incidence sur la capacité de travail ce qui suit « syndrome cervico-spondylogène et cervico-céphalique chronique surtout à droite avec composante de migraine, évolution dégénérative de la colonne cervicale avec protrusions discales multiples, surtout de la colonne cervicale inférieure gauche, déséquilibre musculaire nuque – ceinture scapulaire concomitante ainsi que léger syndrome clinique concomitant d'*impingement* fonctionnel des épaules surtout à droite, sans syndrome d'irritation et de déficit radiculaire sur les extrémités supérieures ; syndrome lombo-vertébral chronique avec irradiation spondylogène intermittente à droite avec dégénération marquée surtout au niveau L4-L5, état après discectomie et facetectomie avec hernie discale L4-L5 à droite le 13 juin 1995, sans syndrome d'irritation et de déficit radiculaire sur les extrémités supérieures ; gonarthrose bilatérale avec *Genu valgum* » (OAIE doc 238 p. 61-62). Quant aux diagnostics sans

incidence sur la capacité de travail, ils ont relevé de manière convaincante une hypertension artérielle, l'obésité, l'hypothyroïdie, une suspicion de syndrome du canal carpien bilatéral, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) ainsi qu'une accentuation histrionique de certains traits de la personnalité (Z 73.1) (OAIE doc 238 p. 61-62).

S'agissant des répercussions fonctionnelles des résultats objectivés/diagnostic, le Dr S. _____ a précisé qu'il n'y avait pas d'incidences significatives en termes de capacité fonctionnelle et de capacité de travail au niveau de la médecine interne et que l'obésité dont souffrait la requérante n'impliquait pas de restriction. Le rhumatologue a quant à lui présenté l'évolution dégénérative de la colonne cervicale surtout dans la partie inférieure, de la colonne lombaire et des genoux et que des activités physiques lourdes, notamment avec une sollicitation du dos, des travaux avec une position forcée de la colonne vertébrale avec des travaux répétitifs de port de charge et au-dessus de la tête, nécessitant de se baisser fréquemment, de porter ou de soulever des charges de plus de 5 kg ou de façon intermittente de 10 kg, des activités à genou ou en position embryonnaire ainsi que la montée répétitive des marches ou d'échelles n'étaient plus exigibles et que l'activité devait également être alternante. Le spécialiste en neurologie ainsi que le psychiatre ont quant à eux indiqué qu'il n'y avait aucune restriction de capacité de travail dans ces deux disciplines. Les médecins ont ainsi conclu qu'aucune restriction de la capacité de travail pour des activités adaptées n'avait été constatée et que la requérante pourrait également exercer ses activités antérieures (OAIE doc 238 p. 66).

Les experts ont également visionné les enregistrements vidéo de la requérante issus de la surveillance en 2014 et n'ont constaté aucune restriction significative de la mobilité. En effet, les images mises à disposition montraient que la mobilité de la colonne cervicale en rotation et du torse était libre et que la requérante était debout et capable de marcher sans entraves apparentes. De plus, elle ne semblait pas être diminuée psychiquement ni dépressive ni autrement affectée pathologiquement. Ils ont relevé que leur évaluation effectuée à ce moment était sans doute déjà valable depuis 2014 (OAIE doc 238 p. 67).

12.7 Dès lors, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 septembre 2014 paraît complet, motivé et convaincant. Il présente valeur probante au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 5) et ne consiste pas en une appréciation nouvelle d'un même état de santé. Les experts ont démontré de manière suffisante que la capacité de travail médico-théorique s'est

sensiblement améliorée dès le 1^{er} juillet 2014, date du début de la surveillance ordonnée par l'assurance B._____, s'élève à 100% dans l'activité antérieure et dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles mises en évidence par le rhumatologue. De plus, il sied de relever que la recourante n'apporte aucun élément permettant de démontrer en quoi elle serait toujours dans une situation d'incapacité de travail totale. Il suit de là qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts du rapport ZMB.

13.

La recourante s'en prend encore au rapport d'expertise établi par le Dr G._____ du 26 janvier 2016, complété le 24 mars 2016, contestant sa valeur probante et reprochant à l'expert d'être arrivé à une appréciation nouvelle et divergente d'un même état de santé constaté par le Dr O._____ dans son rapport du 13 novembre 2000 ainsi que par les rapports du SMR Rhône. De plus, la date du 1^{er} septembre 2008 fixée comme étant celle de la reprise de capacité de travail à au moins 80% ne serait nullement justifiée.

13.1 Le tribunal relève en premier lieu que le Dr G._____ a été mandaté par l'assurance B._____ sur proposition de la recourante dans le but d'examiner le matériel de surveillance et d'établir, sur le plan médical, si la capacité de travail de la recourante s'était améliorée.

13.2 Ledit rapport se base essentiellement sur le dossier transmis par l'assurance B._____, le matériel de surveillance ainsi qu'un examen de la recourante. Il contient une anamnèse détaillée, un exposé des plaintes de celle-là, les constatations objectives de l'expert, un résumé du dossier de l'imagerie ainsi que les réponses aux questions posées par l'assurance-accident (OAIE doc 221).

L'expert a remarqué, sur le plan cervical, une souplesse et mobilité au niveau de la nuque et une douleur à la musculature postérieure à la palpation ainsi qu'une sensibilité au niveau des épineuses en C5-C6 et C7. Sur le plan neurologique, le médecin n'a constaté aucun signe de compression radiculaire ni de déficit. Quant au niveau lombaire, il a observé une mobilité réduite et des douleurs à la manœuvre de Lasègue ainsi qu'une sensibilité à la palpation au niveau de l'épineuse L5 sans trouble neurologique (OAIE doc 221 p. 4).

Le Dr G._____ s'est ensuite référé aux radiographies au niveau cervical et lombaire et a procédé à l'analyse des vidéos et des photos recueillies

par les détectives (OAIE doc 221 p. 4-5). Il a relevé que les limitations fonctionnelles alléguées par la recourante étaient en contradiction avec celles qu'on pouvait constater sur le matériel de surveillance mis à disposition, en ce sens que la recourante y apparaissait capable de se mouvoir librement, sans boiterie, d'utiliser ses deux membres supérieurs dans des activités réputées contraignantes, notamment avec des mouvements répétitifs, des postures avec élévation des bras au-dessus des épaules, des mouvement de tête sans limitation, de porter un casque intégral de moto – ce qui est particulièrement difficile pour des patients souffrant d'un syndrome cervical post-traumatique (OAIE 221 p. 6).

Sur la base des constatations découlant des observations effectuées, le médecin a retenu de manière convaincante que les limitations fonctionnelles dont souffrait la recourante ne sont que peu importantes et que la capacité de travail en tant que vendeuse responsable dans un magasin de vêtement ou dans toute activité de bureau sédentaire et légère peut être évaluée à au moins 80% (OAIE doc 221 p. 6). Il a toutefois précisé qu'il faut veiller à ce que la recourante puisse changer occasionnellement de posture, effectuer des pauses, même de courte durée et de façon fréquente, éviter de porter de charges lourdes et de façon répétitive et limiter la marche ou le travail en terrain accidenté ou sur des échelles (OAIE doc 221 p. 7). Enfin, il a proposé la date du 1^{er} septembre 2008, dès lors qu'il s'agissait des premiers éléments documentant un status fonctionnel compatible avec une amélioration significative de l'état de santé de la recourante (OAIE doc 221 p. 7).

13.3 Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que les conclusions du Dr G._____ ne consistent pas en une nouvelle appréciation d'un même état de fait. Il ressort clairement du matériel de surveillance, à la lumière de l'analyse de l'expert, que la capacité de travail de la recourante s'est notablement améliorée par rapport à la situation donnée à l'époque de la décision de révision du droit de la rente du 17 mars 2003. Les arguments de la recourante ne permettent en aucun cas de la remettre en cause.

13.4 En effet, s'agissant des rapports du SMR Rhône du 28 mai 2010 (OAIE doc 102), du 1^{er} décembre 2010 (OAIE doc 119), du 10 janvier 2011 (OAIE doc 123) et du 19 août 2011 (OAIE doc 139) dont se prévaut la recourante, il y a lieu de relever que ceux-ci ne répondent pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante et ne sauraient donc remettre en cause les conclusions du Dr G._____. Dans le premier rapport, le Dr N._____, médecin du SMR Rhône et spécialiste en

médecine générale, a simplement indiqué les diagnostics retenus par le rapport d'expertise du Dr J. _____ du 18 février 2003 (OAIE doc 38 p. 1 à 5) et le fait que l'examen ne mettait pas en évidence de déficit neurologique au niveau des membres supérieurs. Ce praticien a relevé que lors de la révision de 2006, on avait statué sur la base d'un état de santé inchangé. Quant à l'avis du 1^{er} décembre 2010 émanant du même docteur, celui-ci s'est contenté de relever que les documents remis par la recourante, en particulier le E 213 du 7 septembre 2010, ne donnaient aucun renseignement permettant de statuer. Concernant l'avis du 10 janvier 2011, le Dr N. _____ s'est limité à exposer ce que devait contenir un rapport orthopédique pour pouvoir statuer. Or, c'est sur la base de l'ensemble de ces avis médicaux peu convaincants et de la documentation médicale qu'il a jugée lui-même insuffisante que le Dr N. _____ est arrivé à la conclusion dans son rapport final du 19 août 2011 que l'état de santé ainsi que la capacité de travail de la recourante demeuraient inchangés sans exposer les motifs pour lesquels de telles conclusions ont été retenues.

Quant à l'appréciation du Dr O. _____ contenue dans son rapport du 13 novembre 2000 dont se prévaut la recourante (OAIE doc 62 ; cf. consid, 10), le Dr G. _____ a expliqué de manière convaincante que contrairement à ce qu'avance ledit médecin, il n'était pas exceptionnel d'observer des améliorations fonctionnelles jusqu'à six ou sept ans après un traumatisme.

14.

Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, le tribunal peut se rallier à l'appréciation des rapports d'expertise du Dr G. _____ et du ZMB ainsi qu'à celle de l'autorité inférieure, et conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que, par rapport à la situation donnée lors du dernier examen matériel de la situation de la recourante (cf. consid. 9), la capacité de travail médico-théorique de celle-ci s'est améliorée, cette capacité s'élevant à 100% dans son activité habituelle de vendeuse de prêt à porter et à 100% dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr U. _____ (OAIE doc 238, p. 39) dès le 1^{er} juillet 2014, date correspondant au début de la surveillance ordonnée par l'assurance B. _____ (OAIE doc 158 p. 3). Au demeurant, le taux de capacité retenu par le Dr G. _____, à savoir au moins 80%, n'est point en contradiction avec le taux de 100% retenu par les experts du rapport pluridisciplinaire.

Il suit de là que les éléments au dossier permettent à l'autorité de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré

de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, de requérir la production d'autres documents ou d'auditionner les parties ou des témoins (notamment TAF pce 1). En particulier, le tribunal estime que la recourante s'est suffisamment exprimée sur sa situation, ses capacités et les restrictions qu'elle subit, dans le recours et la réplique, mais également lors de l'examen pluridisciplinaire notamment, et que l'évolution de la situation médicale a été suffisamment bien décrite dans la documentation au dossier pour qu'il puisse statuer en pleine connaissance de cause. La jurisprudence admet d'ailleurs un tel procédé. En effet, 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, 4^e éd., n. 31 ad art. 42 ; 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).

Les requêtes de la recourante tendant à sa propre audition, à l'audition de son médecin traitant espagnol, le Dr Y. _____ et des personnes l'ayant régulièrement côtoyée dans son quotidien, ainsi que sa réquisition en expertise sont par conséquent rejetées.

15.

L'autorité inférieure reproche enfin à la recourante d'avoir violé son obligation de renseigner et a ainsi supprimé de manière rétroactive la rente au 1^{er} juillet 2014.

15.1

15.1.1 Aux termes de l'art. 31 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. Cette obligation d'annoncer ou de renseigner est précisée à l'art. 77 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), selon lequel l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail,

l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

Conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, si celui-ci a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI.

15.1.2 Enfin, selon l'art. 25 al. 1 1^{ère} phrase LPGa, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Ce principe vise à permettre à l'assureur concerné de rétablir une situation conforme au droit.

15.1.3 L'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 LPGa suppose que soient réunies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (cf. art. 53 al. 1 et 2 LPGa ; ATF 130 V 380 consid. 2.3.1, 130 V 318 consid. 5.2, 126 V 23 consid. 4b, 122 V 169 consid. 4a, 122 V 134 consid. 2c et 122 V 19 consid. 3a ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève-Zurich-Bâle 2011, n. 3238 ss [ci-après : Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité]).

Lorsqu'il s'agit de rentes de l'AI, la diminution ou la suppression de la prestation résultant de la reconsidération ou de la révision d'une ancienne décision ne peut déployer ses effets rétroactivement, et de ce fait, ouvrir la voie à une restitution que lorsque l'élément qui conduit à la reconsidération ou à la révision concerne un état de fait propre au domaine de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). En revanche, si cet élément porte sur un aspect ayant spécifiquement trait au droit de l'AI – on pense en particulier à tous les facteurs qui régissent l'évaluation du degré d'invalidité –, la suppression ou la diminution de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet *ex nunc* et *pro futuro*, de sorte qu'il n'y a pas lieu à restitution.

15.1.4 Autre est toutefois la situation lorsque le versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des art. 31 LPGa et 77 RAI, et que cette violation est en relation de causalité avec la perception induite de prestations d'assurance. Dans ce cas, la modification de la prestation a un effet rétroactif (*ex tunc*), qui entraîne – sous réserve des

autres conditions mises à la restitution – une obligation de restituer (cf. art. 85 al. 2 et 88^{bis} al. 2 let. b RAI; ATF 119 V 431 consid. 2 ; arrêt du TF 9C_185/2009 consid. 4.2 et 4.3 ; UELI KIESER, op.cit., n. 30 et 117 ad art. 25 LPGA; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, n. 3243).

Il convient d'ajouter à cet égard que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le lien de causalité entre le comportement à sanctionner (la violation du devoir d'informer) et le dommage causé (perception de prestations indues), dont l'existence est nécessaire pour pouvoir se fonder sur l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI, est interrompu dès que l'administration a reçu l'annonce du changement de l'état de faits ayant une incidencesur le droit à la rente (cf. ATF 119 V 431 consid. 4 et 118 V 214 consid. 3b). La suppression rétroactive de la rente n'est dès lors plus possible pour la période postérieure à une telle communication et ceci, même si le renseignement requis a été porté tardivement à la connaissance de l'autorité (cf. ATF 118 V 214 consid. 2b). En outre, il n'y a pas lieu de poser des exigences particulièrement élevées quant à la façon dont les renseignements requis en application de l'art. 77 RAI doivent être communiqués à l'administration. Ainsi, l'indication d'une modification de l'état de fait, dans la mesure où elle permet clairement à l'administration de supposer que le droit à des prestations telles qu'octroyées jusqu'alors est remis en cause, doit être considérée comme suffisante pour interrompre le lien de causalité et cela, même si l'assureur doit encore entreprendre des investigations supplémentaires pour pouvoir se prononcer valablement en connaissance de cause (cf. UELI KIESER, op. cit., n. 14 ad art. 31 LPGA *in fine* ; arrêts du TAF C-1833/2014 du 13 octobre 2015 consid. 5.2, C-5365/2009 et C-6893/2009 du 25 février 2011 consid. 11.2.2.1).

15.2 En l'espèce, sur le vu des considérants précédents (cf. consid. 13 et 14), le changement dans la capacité de travail de la recourante est notable dans la mesure où il ressort tant du matériel de surveillance que des différentes expertises que celle-ci est en mesure d'exercer de nombreuses activités, notamment la gestion du restaurant W. _____ tenir un stand de marché, faire de la moto et de la danse. Or, la recourante n'a jamais communiqué ledit changement à l'autorité inférieure. Il suit de là que son omission est fautive, d'autant qu'il s'agissait là d'un acte qui pouvait raisonnablement être exigé d'elle, rien n'indiquant à la lecture des éléments, notamment médicaux, versés au dossier que celle-ci souffrait alors d'un manque de discernement l'empêchant de communiquer tout changement d'état de santé à l'administration et même de comprendre qu'elle était tenue de communiquer cette information. Ainsi, en passant

sous silence ledit changement, la recourante a contrevenu à l'obligation d'aviser prescrite à l'art. 77 RAI, ce qui justifiait la suppression avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2014 de la rente, conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI.

16.

Par souci de complétude, et bien que cette question n'ait pas été soulevée par la recourante, il sied d'examiner si cette dernière pouvait encore mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques de travail qui lui ont été connues.

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 (cf. arrêts du TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1 et 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 (cf. art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), 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 (cf. arrêts du TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.2 et 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les réf. cit.), à moins toutefois que le manque de volonté ou de capacité subjective à la réadaptation ne fasse objectivement défaut à la personne concernée (cf. arrêts du TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1 et les réf. cit. ; arrêt du TAF 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 (cf. arrêt du TF 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^{er} septembre 1997 au 1^{er} juillet 2014 (cf. ATF 141 V 5 consid. 4). Elle 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. Or, *in casu*, il ressort des rapports de surveillance que celle-ci est en mesure de s'intégrer d'elle-même dans le marché du travail, notamment en gérant un restaurant ou tenant un stand au marché, de sorte que la mise en place de mesures d'ordre professionnel n'est pas indispensable et on ne saurait reprocher à l'autorité inférieure ne pas avoir prononcé de telles mesures. Par ailleurs, la recourante ne soutient aucunement que des mesures d'accompagnement seraient nécessaires.

17.

Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a supprimé la rente entière de la recourante avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2014, considérant que, d'une part, celle-ci a retrouvé une capacité de travail à 100% dans ses anciennes activités et dans une activité adaptée et, d'autre part, a manqué à son devoir de renseigner. Par ailleurs, il n'apparaît point nécessaire de procéder à une comparaison de revenu, dès lors que l'invalidité s'élève désormais à 0% (OAIE doc 268).

Par conséquent, le recours du 10 juillet 2017 est rejeté et la décision du 16 juin 2017 est confirmée.

18.

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 800.- (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1^{bis} 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]).

(le dispositif se trouve à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté et la décision du 16 juin 2017 est confirmée.

2.

Les frais de procédure de 800 francs 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 (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Lu Yuan

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). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 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 :