



Arrêt du 9 septembre 2015

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Daniel Stufetti, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, France
représentée par Olivier Dunant, Meyerlustenberger Lachenal
Genève,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, rente d'invalidité, révision et
reconsidération (décision du 10 juin 2014).

Faits :**A.**

La ressortissante française A. _____ (ci-après : recourante ou assurée), née en 1963, a travaillé en tant que frontalière en Suisse et s'est acquittée pendant de nombreuses années des cotisations obligatoires à l'assurance-veillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI ; décision du 16 juillet 2008 accordant une demi-rente d'invalidité calculée sur une durée de cotisation de 18 ans [AI pce 95]).

B.

Ayant souffert d'une laxité de l'épaule gauche traumatique, l'assurée, qui travaillait alors comme infirmière diplômée, a déposé le 22 mai 1998 une première demande de prestations AI auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI-GE; AI pce 1; cf. également rapports des 6 mars et 3 avril 1998 du Dr B. _____, chirurgien orthopédique [AI pce 5 pp. 2 à 4]). Elle a pu accomplir avec succès un reclassement professionnel en tant qu'assistante sociale (cf. communications du 26 mai 1998 ainsi que des 22 février, 14 août, 7 octobre et 8 novembre 2002 [AI pces 14, 30, 42, 45, 47] et décision du 10 février 2003 [AI pce 52]).

C.

Le 2 février 2008, l'assurée dépose une nouvelle demande de prestation AI (AI pce 53). En raison de lombalgies par discarthrose L5-S1 développées sur un spondylolisthésis par lyse isthmique de L5 (cf. notamment rapport du Dr C. _____ du service médical régional du 14 avril 2008 [AI pce 82]), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) lui a octroyé par décision du 16 juillet 2008 une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2007 (AI pce 95).

Après une révision de rente entreprise d'office (AI pce 96), l'OAI-GE a confirmé le 26 juin 2009 le droit de l'assurée à une demi-rente (AI pces 96 et 100).

D.

Le 6 juin 2011, l'assurée annonce une aggravation de son état de santé et demande une réévaluation de son taux d'invalidité (AI pce 107). Dans le cadre de cette révision, plusieurs rapports des médecins traitants de l'assurée ont été versés au dossier, dont notamment les suivants :

- le résultat de l'IRM lombaire du 23 février 2007 du Dr D. _____ (AI pce 144 p. 2),

- le résultat du 4 juin 2009 des examens radiologiques du bassin, des sacro-iliaque et du rachis lombaire, signé du Dr E. _____ (AI pce 144 p. 1),
- les divers certificats d'incapacité de travail, qui a débuté le 11 février 2011, du Dr F. _____, médecin généraliste, ainsi que son certificat du 31 mars 2011 par lequel il demande une réévaluation du statut AI de sa patiente (AI pces 110 pp. 1 à 6 et 8),
- le résultat de l'examen IRM du rachis lombaire du 12 avril 2011 du Dr G. _____ (AI pce 110 p. 9),
- le certificat médical du 1^{er} juillet 2011 du Dr F. _____ (AI pce 113),
- le rapport et le compte-rendu d'électromyogramme du 28 juillet 2011 de la Dresse H. _____, neurologue, faisant état d'une souffrance neurogène chronique L5 bilatérale prédominante à droite (AI pce 132 pp. 8 et 9),
- le rapport médical intermédiaire du 30 juillet 2011 du Dr F. _____ (AI pce 117),
- le rapport médical intermédiaire du 9 septembre 2011 du Dr I. _____, médecin et rééducation vertébrale (AI pce 123),
- le rapport médical intermédiaire du 13 décembre 2011 du Dr F. _____ qui précise que les lombalgies chroniques avec radiculalgies dont sa patiente souffre sont aggravées à la position assise ou debout prolongée ou lors des ports de charges (AI pces 117 et 126),
- le rapport médical du 9 avril 2012 de la Dresse H. _____, neurologue, décrivant notamment les limitations fonctionnelles de la patiente (AI pce 132 pp. 1 à 6).

E.

Le service médical régional (SMR) convoque l'assurée le 14 juin 2012 pour un examen clinique qui a eu lieu le 2 juillet 2012 (AI pce 141; cf. aussi avis médical du SMR du 16 mai 2012 [AI pce 137]). Dans son rapport du 13 juillet 2012, le Dr J. _____ du SMR retient comme diagnostics des lombosciatalgies gauches, non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose L5-S1, de spondylolisthésis L5-S1 de grade I, de troubles dégénératifs postérieurs en L3-L4 ainsi qu'un statut post-luxation de l'épaule G traitée. Il confirme une légère aggravation de l'état de santé

de l'assurée et note les limitations fonctionnelles. Il conseille en outre le suivi d'un traitement médical particulier. Estimant que l'incapacité de travail de l'assurée a jusqu'alors été surévaluée, le Dr J. _____ retient depuis juillet 2011 une capacité de travail de 60% dans l'activité légère d'assistante sociale ou dans une autre activité adaptée ainsi qu'une capacité de travail de 70% dans l'activité de ménagère (AI pce 142).

Le Dr K. _____ du SMR confirme les conclusions du Dr J. _____ dans son avis médical du 31 juillet 2012 (AI pce 145).

F.

Par courrier du 20 septembre 2012, l'assurée conteste l'expertise effectuée par le Dr J. _____. Elle écrit qu'elle fait recours et demande une contre-expertise (AI pce 151). L'OAI-GE répond le 24 septembre 2012 que l'assurée aura la possibilité de recourir uniquement quand il aura rendu une décision et qu'une contre-expertise ne peut être effectuée aux frais de l'assurance (AI pce 152).

G.

Le 13 novembre 2012, l'OAI-GE se renseigne si l'assurée a pu suivre le traitement médical recommandé par de son service médical (AI pce 153). A ce sujet, l'assurée répond le 23 novembre 2012 qu'elle a dû arrêter la prise du L. _____ en raison d'effets secondaires et que la physiothérapie apporte un soulagement de courte durée mais que par la suite elle est plus vite fatiguée et limitée dans ses actes de la vie quotidienne. Elle informe également des nouveaux examens médicaux entrepris. De plus, elle réitère qu'elle souhaite une nouvelle expertise ou un complément d'expertise neutre et indépendante tant sur le plan physique par un rhumatologue que sur le plan psychique par un psychiatre. Elle argue qu'elle n'a pas eu connaissance du nom de l'expert et qu'il y a un conflit d'intérêt car elle avait travaillé avec le Dr J. _____ une vingtaine d'années auparavant et que la collaboration n'était pas au mieux (AI pce 154).

Sont encore versés au dossier de l'office AI, les documents suivants :

- le certificat du 24 novembre 2012 du Dr F. _____ qui confirme que sa patiente a présenté une intolérance au L. _____ (AI pce 155),
- le rapport du Dr I. _____ du 13 décembre 2012 qui, observant le diagnostic connu, atteste une capacité de travail de 2 heures par jour (AI pce 157 p. 4),

- le rapport médical intermédiaire du 10 février 2013 du Dr F. _____ qui note un état stationnaire (AI pce 157 pp 1 à 3).

H.

Invité à répondre aux griefs de l'assurée, le Dr K. _____ dans son avis médical du 16 mai 2013 explique qu'il ne voit pas de conflit d'intérêt de la part du Dr J. _____ et qu'un examen psychiatrique n'est pas justifié, les différents rapports médicaux ne faisant aucune allusion à une pathologie psychiatrique. De plus, l'avis du SMR du 31 juillet 2012 continue d'être d'actualité, le Dr F. _____ ayant indiqué le 10 février 2013 un état de santé stationnaire (AI pce 163).

Le 22 août 2013, l'OAI-GE met encore en œuvre une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 22 août 2013, l'enquêtrice conclut que l'assurée présente un taux d'invalidité de 26,75% (AI pce 166).

I.

Par projet de décision du 23 août 2013, l'OAI-GE informe l'assurée qu'il entend supprimer la rente, ayant déterminé un taux d'invalidité de 25.26%, 25% dans l'activité professionnelle d'assistante sociale et 26.75% dans le ménage (AI pce 167).

J.

Le 18 septembre 2013, l'assurée conteste le projet de décision et notamment les conclusions du Dr J. _____ qui ne coïncident pas avec ceux de ses médecins traitants. Elle soulève en outre que le Dr J. _____ aurait dû refuser de procéder à l'expertise ne disposant pas de l'indépendance nécessaire. Quant à l'enquête ménagère elle souligne qu'elle est obligée de fractionner ses tâches ménagères ainsi que ses courses et qu'elle ne peut pas inviter des gens chez elle au vu de l'effort important que cela lui demande. Elle répète sa demande à être examinée par un expert indépendant (AI pce 168).

A son appui, elle verse au dossier les documents médicaux nouveaux suivants :

- le rapport du 16 octobre 2012 du Dr I._____ qui atteste une incapacité de travail de 100% depuis le 4 avril 2011 (AI pce 168 p.10),
- le résultat de l'IRM lombaire du 16 novembre 2012, signé du Dr M._____ (AI pce 170 p. 34),
- le rapport du 27 novembre 2012 du Dr N._____, rhumatologue, qui observe en substance que l'IRM lombaire du 16 novembre 2012 est identique à celle du 12 avril 2011 et qu'il y a ainsi eu stabilisation et amélioration de la discopathie entre 2007 et 2011/2012 (AI pce 168 pp. 8 et 9),
- le rapport du 28 novembre 2012 de la Dresse H._____ qui fait état des diagnostics connus et qui note que la patiente est hyper-algique (AI pce 168 p. 7),
- un exposé établi par l'assurée sur sa situation, non daté. Elle indique notamment que depuis le début de mai 2013, les troubles neurologiques se sont amplifiés sur pratiquement la totalité de sa jambe gauche (AI pce 170 pp. 2 à 4),
- le rapport médical détaillé E 213 du 13 septembre 2013, signé de la Dresse O._____ (AI pce 175).

K.

Invité à prendre position sur les nouveaux documents médicaux, le Dr K._____ maintient dans son avis médical du 30 octobre 2013 les conclusions précédentes, les éléments médicaux invoqués par l'assurée n'apportant pas de faits nouveaux (AI pce 172).

Dans l'avis médical du 17 décembre 2013, le Dr J._____ prend position sur les griefs de l'assurée à son encontre. Il explique qu'il n'a pas le souvenir d'avoir eu un problème de collaboration avec l'assurée sinon il n'aurait pas accepté de pratiquer l'expertise. Il remarque également que l'assurée n'a pas fait part de son malaise et de son désaccord lors de l'expertise (AI pce 176).

L.

Par décision du 10 juin 2014, l'OAIE supprime la rente de l'assurée dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suit la notification de la décision, ayant

déterminé un taux d'invalidité de 29.01%. Par ailleurs, il retire l'effet suspensif à un éventuel recours de l'assurée. L'autorité explique que l'empêchement dans la sphère professionnelle correspond à un degré de 29.4% et non pas à 25% comme indiqué par erreur dans le projet de décision. Il soutient que les contestations de l'assurée relatives à l'expert sont infondées et que l'enquêtrice ménagère a tenu compte des éléments soulignés par l'assurée (AI pce 182).

M.

Le 14 juillet 2014, l'assurée forme recours contre la décision de l'OAIE devant le TAF. Elle conclut, sous suite de frais et de dépens, préalablement à la restitution de l'effet suspensif du recours, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAIE pour un complément d'instruction médicale. Sur le fond de son recours, elle avance en substance l'impartialité du médecin du SMR, faisant grief que l'Office AI ne lui a pas communiqué le nom de l'expert, que ses descriptions des activités quotidiennes sont dénigrantes et que ses conclusions ne sont pas concluantes. Elle avance également que son droit d'être entendu a été violé, l'OAI n'ayant pas procédé à une nouvelle expertise médicale aussi sur le plan psychiatrique et n'ayant pas examiné les nombreux avis de médecins qui lui ont été présentés. Elle conteste également les conclusions de l'enquêtrice ménagère et soulève une constatation inexacte des faits pertinents ainsi que l'arbitraire de la décision de l'office AI (TAF pce 1).

N.

Dans sa réponse du 5 septembre 2014, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'OAI-GE, sur la prise de position du 1^{er} septembre 2014 l'OAIE se base, conclut par ailleurs également au rejet de la conclusion de la recourante tendant à la restitution de l'effet suspensif, l'issue du litige étant incertaine (TAF pce 3 et annexe).

O.

Par décision incidente du 16 septembre 2014, le TAF confirme le retrait de l'effet suspensif au recours et rejette la requête de la recourant visant à la restitution de l'effet suspensif (TAF pce 4).

P.

La recourante s'acquitte de l'avance de frais de procédure présumés de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 4 et 5).

Cependant, la recourante ne fait pas usage de son droit accordé à une réplique à la réponse de l'autorité inférieure (TAF pce 4).

Droit :

1.

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

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

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

1.4 Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

2.

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c;

MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). En l'occurrence, la décision avec laquelle la rente d'invalidité de l'assurée a été supprimée avec effet au 1^{er} août 2014, les dispositions légales en vigueur à ce moment-ci sont déterminantes.

3.2 Sur le plan du droit international, la recourante étant française et vivant dans son pays d'origine, est applicable 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) qui est entré en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1^{er} juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1). En ce qui concerne la relation avec la Suisse, l'ALCP a été modifié avec effet au 1^{er} avril 2012, raison pour laquelle sont en l'occurrence également relevant :

- le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), et
- le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

D'après l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de dispositions contraires, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3 Sont également déterminantes dans le cas concret, les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.

L'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers; dans le cas concret il s'agit de l'Office AI du canton de Genève. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie – comme en l'espèce – les décisions (cf. art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

5.

En premier lieu, la recourante, qui conteste la suppression de sa demi-rente d'invalidité, avance l'impartialité du Dr J. _____ du SMR sur le rapport d'examen du 13 juillet 2014 duquel l'OAIE fonde principalement la décision attaquée ; la recourante demande que ce rapport soit écarté du dossier.

6.

6.1 Selon la jurisprudence, l'inobservation du devoir de récusation constitue, en règle générale, une violation grave des règles de procédure justifiant, indépendamment des intérêts en présence, l'annulation de la décision prise (ATF 132 V 376 consid. 7.3; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 2896 p. 792).

6.2 Selon l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce.

Au vu de l'art. 49 al. 1 RAI, ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (2^{ème} phrase).

Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 RAI).

6.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les services médicaux régionaux des offices AI appartiennent à l'administration. Ainsi, leurs rapports et expertises sont des documents administratifs internes et non pas des expertises au sens de l'art. 12 let. e PA et ils ne sont pas visés par l'art. 44 LPGA ou les art. 57 ss de la loi fédérale de procédure civile fédérale (PCF; RS 273; en relation avec l'art. 19 PA; ATF 135 V 254 consid. 3.4.1 et 3.4.2). Il s'ensuit que l'Office AI ne doit notamment pas communiquer à l'assuré le nom du médecin du SMR à l'avance (ATF 135 V 254 consid. 3.5).

La jurisprudence à l'égard des expertises médicales externes à l'administration, selon laquelle l'office AI doit les mettre en œuvre au moyen d'une décision incidente (ATF 139 V 349 consid. 3 à 5, 137 V 2010 consid. 3.4.2.6 ss, JdT 2011 I p. 215 ss), n'est pas non plus déterminante.

En l'occurrence, la convocation du 14 juin 2012 de l'assurée, sans mention du nom du médecin l'examinant, était légitime même s'il est vrai qu'une telle mention pourrait être utile afin de prévenir d'éventuels problèmes de récusation soulevés après coup. En effet, selon la jurisprudence, les motifs de récusation des art. 36 LPGA et 10 PA sont applicables aux experts médicaux internes à l'administration (ATF 135 V 254 consid. 3.4.1).

6.4 Selon l'art. 36 al. 1 LPGA les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues.

Au vu de l'art. 10 al 1 PA, les personnes appelées à rendre ou à préparer la décision doivent se récuser : a) si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire; b) si elles sont le conjoint ou le partenaire enregistré d'une partie ou mènent de fait une vie de couple avec elle; b^{bis}) si elles sont parentes ou alliées d'une partie en ligne directe, ou jusqu'au troisième degré en ligne collatérale; c) si elles représentent une partie ou ont agi dans la même affaire pour une partie; d) si, pour d'autres raisons, elles pourraient avoir une opinion préconçue dans l'affaire.

6.5 Les règles de récusation mettent en œuvre un droit constitutionnel à voir sa cause décidée de manière équitable par une autorité impartiale (cf.

art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]); JACQUES DUBEY/JEAN-BAPTISTE ZUFFREY, *Droit administratif général*, 2014, ch. 2022).

La possibilité de récusation vise ce que l'on désigne par "expert prévenu". Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans le sens de l'art. 10 al. 1 let. d PA cité, tel peut nomment être le cas lorsque il existe une amitié étroite ou une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire (cf. par analogie art. 34 al. 1 let. e de la loi sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]).

6.6 La preuve de l'impartialité s'étend sur les circonstances qui peuvent fonder un motif de récusation mais non pas sur la prévention elle-même. Celle-ci est un état intérieur de la personne concernée dont la preuve est difficile à apporter (cf. RETO FELLER, *Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG)*, 2008, art. 10 ch. 15). C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de celui-ci. Toutefois, l'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1, 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

6.7 Pour des raisons d'économie de procédure et de bonne foi, la partie qui se prévaut d'un cas de récusation doit le faire valoir dès qu'elle en a connaissance, c'est-à-dire sans attendre l'issue de la cause. A défaut, elle court le risque de se voir forclos de ce grief, en raison de sa tardiveté (cf. ATF 120 la 19 consid. 2c/aa; JACQUES DUBEY/JEAN-BAPTISTE ZUFFREY, *op. cit.*, ch. 2027). Il est notamment contraire à la bonne foi de laisser poursuivre le déroulement de la procédure nonobstant la connaissance d'un motif de récusation afin de pouvoir demander, cas échéant, l'annulation d'une décision défavorable (ATF 132 V 93 consid. 7.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_519/2011 cité consid. 3.1; STEPHAN BREITENMOSER/MARION SPORI FEDAIL, *VwVG, Praxiskommentar*, 2009, art. 10 n° 98).

6.8 Selon les art. 36 al. 2 LPGA et 10 al. 2 PA, l'autorité de surveillance doit rendre une décision si la récusation est contestée. S'il s'agit de la

récusation d'un membre d'un collège, la décision est rendue par le collège en l'absence de ce membre.

Selon la jurisprudence et la doctrine, c'est n'est pas l'OFAS, en tant qu'autorité de surveillance en vertu des art. 76 LPGA et 64a al. 1 et 2 LAI, qui rend la décision relative à une demande de récusation. Au contraire, il faut entendre par l'autorité de surveillance, le supérieur de la personne concernée, voir l'autorité administrative compétente – en l'espèce l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI; consid. 4 ci-dessus) – le but de la disposition étant principalement d'éviter que la personne concernée décide elle-même sur la requête de récusation dirigée contre elle (arrêts du Tribunal fédéral U 302/05 du 30 août 2006 consid. 3 et K 178/04 du 14 mars 2005; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition 2009, art. 36 n° 20 p. 494). La décision sur la récusation est une décision incidente de l'autorité administrative qui peut être attaquée séparément (cf. arrêts du Tribunal fédéral U 302/05 cité consid. 3.2 et K 178/04 cité qui invoquent l'art. 46 al. 1 let. b PA).

En l'espèce, l'OAIE n'a pas rendu une décision incidente sur la récusation lorsque l'assurée a mis l'indépendance du Dr J. _____ en cause pour la première fois dans son courrier du 23 novembre 2012 (AI pce 154). Ceci constitue une violation des règles de procédure. Cependant, dans la mesure où ce vice n'a pas de conséquences graves, l'autorité inférieure ayant finalement statué sur la question dans sa décision sur le fond et le TAF étant compétent pour connaître aussi bien les recours dirigés contre les décisions incidentes que les recours contre les décisions finales (cf. art. 47 al. 1 let. b PA en relation avec les art. 31 à 35 LTAF; voir aussi consid. 1.1. ci-dessus), il sied de considérer que l'irrégularité – la recourante ne l'a de surcroît pas invoquée – a été réparée par la décision sur le fond. Par ailleurs, la procédure doit être simple et rapide (cf. principe de l'économie de procédure; UELI KIESER. op. cit., art. 36 ch. 16, p. 493).

6.9 Dans le cas concret, les arguments avancés par la recourante à l'égard de la partialité prétendue du Dr J. _____, ne sont pas fondés.

Le fait que l'assurée et le Dr J. _____ ont travaillé ensemble à l'hôpital de gériatrie, elle comme infirmière et lui comme médecin assistant, de surcroît, il y plus de vingt ans (en 1991 et 1992; cf. courrier de l'assurée du 23 novembre 2012 [AI pce 154] et avis du Dr J. _____ du 17 décembre 2013 [AI pce 176]), ne saurait former à lui seul une entrave à l'objectivité du médecin du SMR. De plus, les allégations de la recourante selon lesquelles la collaboration n'était "pas au mieux" et que leurs rapports

étaient "incommodes et gênants" (cf. courriers de l'assurée des 23 novembre 2012 et 18 septembre 2013 [AI pces 154 et 168]) manquent de précisions et ainsi de pertinence. Il est rappelé que les assertions de la partie doivent se baser sur des éléments objectifs, le Tribunal ne pouvant considérer comme fondées des simples allégations ou impressions de la recourante (cf. consid. 6.6 ci-dessus). Le Tribunal ne peut pas non plus suivre la recourante qui soutient que la description de ses activités quotidiennes par le Dr J. _____ est dénigrante et prouve sa prévention. Son exposé, entre autres, selon lequel la recourante "bouquine" allongée sur le canapé et qu'elle dit beaucoup lire (cf. p. 4 du rapport [AI pce 142]), ne saurait être interprété comme s'il sous-entendait par-là que la recourante se laissait vivre. Au contraire, le Dr J. _____ explique plus loin que la recourante préfère cette position en raison du ressenti par rapport à ses capacités (cf. p. 9 du rapport). Par ailleurs, il ressort déjà du rapport d'évaluation du 10 mars 2008, que l'assurée passe une bonne partie de l'après-midi allongé sur le canapé à regarder la télévision ou des DVD (AI pce 74, p. 2) et dans son recours du 14 juillet 2014, la recourante confirme qu'elle est obligée de rester couchée plusieurs heures par jour en raison de ses douleurs dorsales (TAF pce 1).

Les autres arguments de l'assurée, tendant à démontrer que les conclusions du Dr J. _____ sont "absurdes", sont inutiles pour établir la partialité de cet expert; ils seront traités ci-dessous lorsqu'il s'agit d'examiner la force probante du rapport médical de l'expert au vu des réquisits jurisprudentiels.

Enfin, le Tribunal doit remarquer, tout comme le Dr J. _____ dans son avis du 17 décembre 2013 (AI pce 176), que la recourante n'a pas fait part de son malaise ou de son désaccord lors de l'expertise; elle ne l'a pas non plus invoqué immédiatement après. Elle n'a soulevé son grief pour la première fois que dans son courrier du 23 novembre 2012, après avoir pris connaissance du rapport médical qui lui est défavorable (AI pce 154). Son comportement, conformément à la jurisprudence citée, pourrait ainsi être qualifié comme étant contraire au principe de la bonne foi (cf. consid. 6.7 ci-dessus).

Pour toutes ces raisons, il n'y a pas lieu de retenir la prévention du Dr J. _____ et la recourante est déboutée sur ce point.

7.

Il sied ensuite d'examiner si l'OAIE a supprimé à juste titre la demi-rente d'invalidité de l'assurée accordée depuis le 1^{er} novembre 2007 (AI pce 95).

La recourante fait valoir qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière; en effet, le 6 juin 2011, elle a annoncé une aggravation de son état de santé (AI pce 107).

8.

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

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

8.2 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité.

Quant aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative, l'invalidité est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels; on parle de la méthode spécifique. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28a al. 2 LAI, art. 27 RAI et art. 8 al. 3 LPGA). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité résulte généralement d'une enquête ménagère menée sur place par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux.

L'évaluation de l'invalidité d'une personne assurée qui sans invalidité exercerait une activité professionnelle à temps partiel, est obtenue par la pondération de la méthode ordinaire et de la méthode spécifique en fonction du temps attribué à l'activité lucrative et aux travaux habituelles. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

8.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (cf. 7 du Règlement n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

9.

Outre la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA), selon laquelle une décision formellement passée en force est soumise à révision en cas de découverte de faits nouveaux importants ou de moyens de preuve nouveaux qui ne pouvaient pas être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA) – dont il ne sera pas question en l'espèce faute de pertinence – il existe au termes de la loi deux voies pour modifier, voire réduire ou supprimer une rente attribuée par une décision passée en force de chose décidée ou jugée : la révision (art. 17 LPGA) et la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA).

10.

10.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

10.2 Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit alors commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Par

contre, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause pour déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2).

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

10.4 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une modification peu importante de l'état de fait peut aussi donner lieu à une révision, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545). Par contre, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et réf. cit.). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RÜEDI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

10.5 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de la personne assurée s'améliore s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine

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

11.

En l'occurrence, l'OAI-GE est entré en matière sur la demande de révision de l'assurée du 6 juin 2011, selon l'avis médical du SMR du 8 juillet 2011, celle-ci a rendu plausible une modification de son état de santé (AI pce 114).

Ainsi, la question de savoir si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification notable (cf. consid. 10.1) doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 16 juillet 2008, au moment de la décision initiale, et ceux qui ont existé le 10 juin 2014, au moment de la décision querellée (cf. jurisprudence citée sous le considérant 10.3 ci-dessus), la date de la décision contestée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b).

12.

12.1 Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure devant le Tribunal administratif fédéral, celui-ci constate et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA; consid. 2 ci-dessus). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3a). Le Tribunal peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait ; il procède ainsi à une appréciation anticipée des preuves (ATF 130 III 321 consid. 3.2 p. 324; arrêt du Tribunal fédéral 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

12.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

Le rapport du SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, fondé sur des examens médicaux sur la personne de l'assurée, dispose également d'une pleine valeur probante s'il répond aux exigences jurisprudentielles précitées (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêts du Tribunal fédéral 9C-600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Ainsi, le rapport du SMR doit avoir été établi en pleine connaissance des actes antérieurs (anamnèse), il doit décrire la situation médicale et ses incidences et ses conclusions doivent être motivées. Il faut en outre que le médecin possède les titres nécessaires dans les spécialités médicales déterminantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_865/2009 du 3 décembre 2009 consid. 2.2; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 2910 p. 799).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple

fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

13.

13.1 En l'espèce, lorsque l'OAIE a accordé une demi-rente d'invalidité par décision du 16 juillet 2008, l'OAI-GE disposait des rapports et certificats médicaux du Dr F._____, médecin de famille (cf. rapports et certificats médicaux des 11 septembre 2009, 28 janvier 2008, 17 février 2008 [AI pces 65, 79 pp. 2 à 4]), du Dr I._____, rééducation vertébrale (rapport des du 5 mars 2008 [AI pce 73]), du Dr N._____, rhumatologue (rapport du 21 février 2008 [AI pce 76]) ainsi que du Dr P._____, gynéco-obstétricien (rapports des 5 décembre, 20 décembre 2006 et 18 avril 2007 [AI pce 79 pp. 5 à 7]). Ces médecins ont diagnostiqué des lombalgies par discarthrose L5/S1 développé sur un spondylolisthésis par lyse isthmique de L5, une luxation de l'épaule gauche en 1990, un nodule froid thyroïdien opéré en 1997, une arthrodèse IPP 2 main droite en 2006, un fibrome utérin et une incontinence urinaire d'effort ainsi qu'une hystérectomie en 2006. Ils ont attesté une incapacité de travail, oscillant entre 100% et 50% (sur son emploi de travail de 85%), depuis le 20 novembre 2006 (cf. certificats [AI pces 79]). Ils ont précisé que l'assurée nécessitait une activité professionnelle lui permettant de changer régulièrement les positions ; le Dr N._____ a décrit les limitations fonctionnelles en détail dans son rapport du 21 février 2008 [AI pce 76]).

L'OAI-GE a eu connaissance de l'activité habituelle de la recourante comme assistante sociale, ses activités ont été décrites dans le questionnaire de l'employeur, signé le 18 février 2008 (AI pce 66, cf. notamment pp. 7, 14-18), ainsi que dans le rapport d'évaluation du 10 mars 2008 [AI pce 74]). L'office a aussi évalué des mesures d'ordre professionnel, dont notamment les possibilités pour mieux aménager le poste de travail de l'assurée que celle-ci a considéré comme adapté à ses problèmes de santé. Par ailleurs, il a été convenu en mars 2008 que l'assurée essayait d'augmenter progressivement son temps de travail à 50% (20 heures par semaine; cf. rapport d'évaluation du 10 mars 2008 [AI pces 74 et 81]). Cette tentative s'est pourtant soldée par un échec et les médecins traitants ont confirmé que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% de son taux d'activité professionnelle de 85% (AI pce 77 et

; cf. aussi certificats du Dr F. _____ des 12, 15 et 21 mars 2008 [AI pce 79 pp. 8 à 10] et des Drs I. _____ et N. _____ [AI pce 79 p. 11]).

Sur cette base, le Dr C. _____ du service médical régional (SMR) a conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 50% et a confirmé les limitations fonctionnelles décrites par le Dr N. _____ dans son rapport du 21 février 2008 (AI pce 82).

L'OAI-GE a ensuite déterminé un taux d'invalidité de 50%, ayant estimé, sans procéder à une enquête ménagère, que l'assurée présentait également un empêchement de 50% dans les travaux ménagers. Il a expliqué cette appréciation par le fait que d'après le SMR l'atteinte dorsale de l'assurée était actuellement sévère et que le service extérieur avait du retard (cf. note de travail du 18 avril 2008 [AI pce 87]; projet d'acceptation de rente du 30 avril 2008 [AI pce 91] et décision du 16 juillet 2008 [AI pce 95]).

13.2

13.2.1 Au moment de la décision litigieuse du 10 juin 2014, l'OAI-GE avait recueilli de nombreux nouveaux rapports médicaux. Les avis des médecins concordent sur le fait que l'assurée souffre principalement de lombalgies chroniques avec radiculalgies. Concrètement, selon le rapport du Dr J. _____ du 13 juillet 2012, elle présente des lombalgies gauches, non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose L5-S1, de spondylolisthésis L5-S1 de grade I – sur lyse isthmique bilatérale (cf. rapport de la Dresse H. _____ du 28 novembre 2012 [AI pce 168 p. 7]) – de troubles dégénératifs postérieurs en L3-L4 ainsi que d'un status post-luxation de l'épaule gauche traitée (AI pce 142; cf. également certificat du Dr F. _____ du 1^{er} juillet 2011 [AI pce 113], rapport du Dr I. _____ du 13 décembre 2012 [AI pce 157 p. 4] et rapport du Dr N. _____ du 27 novembre 2012 [AI pce 168 pp. 8 et 9]). L'électromyogramme effectué par la Dresse H. _____ le 28 juillet 2011 a mis en évidence une souffrance neurogène chronique L5 bilatérale (AI pce 132 pp. 8 et 9), confirmée le 28 novembre 2011 avec la précision que cette souffrance était nettement prédominante à gauche avec un discret signe de souffrance neurogène chronique S1 gauche (AI pce 168 p. 7). La Dresse H. _____ a également observé que la patiente était hyper-algique (AI pce 168 p. 7). Le Dr G. _____, radiologue, a noté le 12 avril 2011 qu'il n'y a pas d'hernie discale visible (AI pce 110 p. 9). Selon le rapport du 10 février 2013 du Dr F. _____, l'état de santé de sa patiente est stationnaire depuis 2011 (AI pce 157).

Tandis que le Dr N._____, dans son rapport du 27 novembre 2012, remarque que la stabilisation de la discopathie L5-S1 sur spondylolisthesis mineur (par lyse isthmique), présente depuis au moins 18 mois (intervenue entre 2007 et 2011/2012), n'étaye pas une aggravation de l'état de santé au motif rhumatologique (AI pce 168 pp. 8 et 9), le Dr J._____ du SMR admet que l'état de santé de l'assurée s'est légèrement péjoré par le fait qu'il y a maintenant une irradiation sous forme d'une sciatgie gauche, sans déficit neurologique, mais avec des signes électro-neuromyographiques pour une dénervation chronique L5. Il poursuit que l'assurée a une discarthrose manifeste en L5-S1 avec initialement des signes de micro-instabilité et une inflammation à ce niveau en 2007 évoluant vers une ankylose du segment et une surcharge des segments sus-jacents (AI pce 142 p. 8).

13.2.2 C'est l'appréciation des conséquences des troubles de santé sur la capacité de travail de l'assurée qui est controversée entre les médecins.

Le Dr J._____ retient une exigibilité de deux fois trois heures par jour au niveau de la durée (augmentation du temps de pause de midi), moins une diminution de rendement de 20%; c'est-à-dire une capacité de travail de 60% dans l'activité légère d'assistante sociale. Dans l'activité ménagère, il estime que l'incapacité de travail est de 30% en raison des activités physiquement contraignantes. Il se base alors sur l'état de santé objective de l'assurée, déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques qu'il a décrites de la manière suivante : pas de mouvements répétés de flexion/extension du tronc, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg (charges très légères), pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, assise au-delà de ¾ heures (AI pce 142 pp. 8 et 9). Le Dr K._____ a confirmé l'avis de son confrère (avis du 31 juillet 2012 [AI pce 145]).

Les autres médecins, dans la mesure où ils se prononcent sur cette question, apprécient différemment la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

Le Dr F._____ estime dans son rapport du 13 décembre 2011 que sa patiente présente une incapacité de travail totale, la persistance et la réactivation des douleurs lors d'efforts mineurs rendant illusoire une activité autre qu'occupationnelle. Il précise que les lombalgies chroniques avec radiculgies dont sa patiente souffre sont aggravées à la position assise ou debout prolongée ou lors des ports de charges (AI pce 126).

Le Dr I._____, dans son rapport du 16 octobre 2012, a estimé qu'une reprise de travail était impossible en raison de l'incapacité de la patiente à rester 30 minutes assise ou debout, à porter des charges et à faire de la manutention (AI pce 168 p. 10). Dans son rapport du 13 décembre 2012, il est d'avis que la recourante ne peut plus travailler que deux heures par jour ce qui correspond à une capacité de travail résiduelle de 25% en tenant compte d'un horaire de travail de 8 heures par jour et 40 heures par semaines (cf. questionnaire pour l'employeur du 18 février 2008 [AI pce 66]). Il note que les lésions dont la patiente souffre sont susceptibles d'être réactivées par l'activité physique, les trajets en voiture et les positions statiques prolongées (AI pce 157 p. 4).

L'appréciation de la Dresse O._____, dans le rapport médical détaillé E 213 du 13 septembre 2014, est contradictoire, reprenant les avis divergents des médecins. D'une part, à l'instar du Dr I._____, elle retient que l'assurée est capable d'exercer son activité d'assistance sociale ainsi qu'une activité adaptée deux heures par jour (AI pce 175 p. 7). D'autre part, conformément à l'avis du Dr J._____, elle note qu'une capacité de travail de 60% dans le travail d'assistante sociale peut être retenue (en accord avec la révision AI de 2012, contestée par l'assurée), raison pour laquelle elle propose, dans un premier temps, la mise en invalidité de l'assurée dans la catégorie 1 (AI pce 175 pp. 5 et 7) qui regroupe dans le système de la sécurité sociale française les invalides capables d'exercer une activité rémunérée (AI pce 175 p. 6).

La Dresse H._____, contrairement à ce que soutient la recourante, ne se prononce pas sur sa capacité de travail résiduelle. Cependant elle a noté dans son rapport du 9 avril 2012 les limitations fonctionnelles de l'assurée (AI pce 132 pp. 1 à 6) et dans son rapport du 28 novembre 2012 elle a mentionné que la patiente ne peut pas tenir cette position [position assise prolongée] plus de 30 minutes, ne peut pas conduire plus de 30 minutes et marcher plus de 30 minutes; pour faire le ménage, elle est obligée de le fractionner (AI pce 168 p. 7).

13.3 Le Tribunal de céans constate que l'expertise du SRM (AI pce 142) contient une anamnèse complète et détaillée de la situation (pp. 1 à 5), qu'elle prend en considération les plaintes subjectives de la recourante (pp. 3 à 5) et qu'elle se fonde sur un examen médical clinique et radiologique complet (pp. 5 et 6 du rapport). L'appréciation du cas et les conclusions sont motivées en détail, tenant compte de la situation particulière dont notamment de l'activité professionnelle et de la tenue du ménage concrète de l'assurée (pp. 3 et 4 et 7 à 9). Le Dr J._____ a alors constaté une

discordance entre l'examen clinique du rachis, la gestuelle spontanée et l'importance des douleurs annoncées par l'assurée et le descriptif des activités réalisées dans sa vie de tous les jours, notamment le fait que l'assurée soit capable de marcher sur son tapis roulant à 5 km/h, 30-45 minutes par jours, qu'elle soit capable de faire son ménage en le fractionnant (p. 7 s.). Son appréciation se base sur des éléments objectivables du dossier (p. 8 et 9). Par ailleurs, le diagnostic retenu par le Dr J. _____ (p. 6) est incontesté et les limitations fonctionnelles décrites (p. 8) sont comparables à celles retenues par les autres médecins (cf. rapport de la Dresse H. _____ du 9 avril 2012 [AI pce 132], rapports du Dr I. _____ des 16 octobre et 13 décembre 2012 [AI pces 157 p. 4 et 168 p. 10]). Enfin, le Dr J. _____, étant spécialisé en médecine physique et rééducation FMH ainsi qu'en rhumatologie FMH, possède les titres nécessaires pour examiner et apprécier les troubles de santé de l'assurée. Par conséquent, son rapport du 13 juillet 2012 remplit les conditions jurisprudentielles requises (cf. consid. 12.2).

13.4 La recourante soutient dans son recours que le rapport du Dr J. _____ contient des constatations de fait erronées. Cependant, elle a omis de les mentionner. S'il est vrai que la recourante a déjà avancé dans son courrier du 20 septembre 2012 que l'expertise du Dr J. _____ comprend des incorrections voir des affirmations fausses (AI pce 152), elle ne s'était alors pas non plus expliquée concrètement.

13.5 La recourante avance en outre que les conclusions du Dr J. _____ sont absurdes, ayant d'une part attesté que l'assurée ne peut pas rester debout et assise et ne peut conduire plus de 30 minutes mais ayant d'autre part conclu que cela ne gênerait pas son travail d'assistante sociale qui implique ce genre de posture au travail.

Le Tribunal ne peut suivre la recourante. Le Dr J. _____ tient compte, d'une manière très nuancée, des limitations de l'assurée – décrites d'ailleurs d'une manière un peu différente que rapportées par celle-ci (cf. p. 8 du rapport) – en lui attestant une capacité de travail résiduelle réduite, voire de 60%, dans l'activité d'assistante sociale qu'il qualifie à juste titre comme étant légère. A l'instar de l'expert, le TAF doit en outre remarquer qu'une telle activité permet de changer régulièrement de positions.

13.6 La recourante prétend que les rapports des Drs C. _____, F. _____, I. _____ et H. _____ sont propres à démontrer, de façon avérée, qu'elle ne peut pas reprendre une activité professionnelle à 60% et qu'elle doit bénéficier d'une rente entière.

Toutefois, lorsqu'une appréciation médicale repose sur une évaluation médicale complète, telle, en l'espèce, l'examen réalisé par le Dr J. _____, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation de l'expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Or, en l'occurrence, la recourante n'expose pas pour quelles raisons, d'un point de vue médical, les conclusions des Drs F. _____ et I. _____ doivent être préférées à celles du Dr J. _____ ; le Dr C. _____ du SMR n'est par ailleurs intervenu dans le dossier qu'en 2008 (AI pce 82) et la Dresse H. _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle de la recourante (ci-dessus). Contrairement à ce que semble croire la recourante, ce n'est pas le nombre des rapports médicaux lui attestant une incapacité de travail totale (Dr F. _____) ou une capacité résiduelle de 25% (Dr I. _____) qui permet de démontrer son incapacité mais bien leurs contenus. Or, le Tribunal remarque que les rapports des Dr F. _____ et I. _____ sont très succincts, ne mentionnant que très sommairement les constats médicaux et les conclusions. Celles-ci, compte tenu des limitations retenues – similaires à celles observées par le Dr J. _____ – ne sont par ailleurs pas compréhensibles, l'activité d'assistante sociale étant légère et permettant le changement régulier de positions. En outre, ces médecins ne font pas état d'une maladie dont le Dr J. _____ n'aurait pas tenu compte. Partant, les avis des Drs F. _____ et I. _____ ne peuvent pas mettre en doute les conclusions détaillées de l'expert du SMR. De même, les simples assertions de l'assurée quant à une amplification de ses troubles neurologiques depuis mai 2013 (exposé de l'assurée non daté [AI pce 170 pp. 2 à 4]) lui sont d'aucun secours ; l'aggravation n'ayant jamais été documentée. Du reste, la recourante ne pourrait rien déduire en sa faveur du rapport de la Dresse O. _____ qui ne bénéficie pas non plus de valeur probante, ses appréciations étant contradictoires (cf. ci-dessus).

13.7 La recourante se plaint aussi d'une violation de son droit d'être entendu, l'OAIE ayant rejeté sa demande d'expertise médicale complémentaire – aussi sur le plan psychiatrique – tendant à démontrer la péjoration de son état de santé et n'ayant pas examiné les nombreux avis de médecins qui lui ont été présentés.

De nouveau, le Tribunal de céans ne saurait suivre la recourante. Il constate que le SMR, sur invitation de l'administration, a régulièrement pris position sur les nouveaux documents produits par l'assurée (rapports des 16 mai et 30 octobre 2013 [AI pce 163, 172]). De plus, il n'y a pas lieu en

l'espèce de procéder à une contre-expertise, le rapport médical du Dr J. _____ étant complet et bénéficiant de la pleine valeur probante. La personne assurée – tout comme d'ailleurs l'office AI – ne peut recueillir une "second opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. En effet, une nouvelle expertise s'avère nécessaire lorsque les rapports médicaux au dossier ne remplissent pas les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales et qu'un état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 cité consid. 3.2.2; UELI KIESER, op. cit., art. 43 n° 12 et 17; cf. également consid. 12.1 ci-dessus). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. De plus, à l'instar du Dr K. _____ (avis médical du 16 mai 2013 [AI pce 163]), le Tribunal constate qu'une expertise psychiatrique n'est pas indiquée, aucun médecin n'ayant signalé une pathologie psychiatrique ; contrairement à ce que semble croire la recourante, le diagnostic de syndrome douloureux n'a pas été posé. Les griefs de l'assurée sont dès lors infondés.

13.8 En conclusion, le TAF n'a pas de raisons d'écartier l'expertise du Dr J. _____ et ses conclusions.

14.

Le Dr J. _____ a retenu que la recourante présente depuis l'aggravation de l'état de santé de l'assurée avérée depuis juillet 2011 (cf. le rapport et le compte-rendu d'électromyogramme de la Dresse H. _____ du 28 juillet 2011 [AI pce 132 pp. 8 et 9]) une capacité de travail résiduelle de 60% dans l'activité d'assistante sociale et une capacité résiduelle de 70% dans l'activité ménagère. Cet expert atteste ainsi à l'assurée une capacité de travail plus élevée que celle retenue auparavant, à la base de la décision du 16 juillet 2008 octroyant une demi-rente.

Bien que le Dr J. _____ admette une aggravation de l'état de santé de l'assurée, qu'il qualifie de légère, il explique que la capacité de travail initiale de celle-ci a été sous-estimée, l'activité d'assistante sociale adaptée étant une activité physiquement légère. Selon lui, la décision initiale s'est basée sur un dossier peu consistant, ne comportant notamment pas de consultations détaillées, pas d'expertise (AI pce 142 p. 8).

Force est de constater que ce faisant, le Dr J. _____ a effectué une nouvelle appréciation de la situation initiale de l'état de santé de la recourante sans qu'il y a eu une modification notable de celle-ci. Or au vu de la jurisprudence constante mentionnée, une nouvelle appréciation du cas ne constitue pas un motif de révision (cf. consid. 10.4 ci-dessus). En

conséquence, le TAF remarque que l'OAIE n'était pas en droit de procéder à la révision de la rente de la recourante.

15.

Il sied d'examiner si les conditions d'une reconsidération de la rente initiale de la recourante sont réunies. En effet, le Tribunal peut confirmer par substitution de motifs la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision (ATF 125 V 368 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 3139 p. 850).

15.1 Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

L'objet de la reconsidération est une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond (ATF 127 V 466 consid. 2c; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 3125 p. 846). En l'espèce, il est constant que la décision initiale du 16 juillet 2008 n'a pas fait l'objet d'un contrôle judiciaire.

6.2 Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3, 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation

de fait et de droit de l'époque (arrêts du Tribunal fédéral U 378/05 du 10 mai 2006 [SVR 2006 UV n° 17 p. 60] consid. 5.3 et I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

15.2 La diminution ou la suppression d'une rente d'invalidité suite à une reconsidération de l'invalidité de la personne assurée, ne prend effet, comme dans le cas d'une révision (cf. consid. 10.5 ci-dessus), qu'à partir du mois qui suit la notification de la nouvelle décision (art. 88*bis* al. 1 let. a RAI).

15.3 En l'occurrence, le Tribunal ne saurait admettre un motif de reconsidération, la décision du 16 juillet 2008 n'étant pas sans nul doute erronée. Au contraire, cette décision a été rendue après un examen soigneux de l'état de santé de la recourante et en pleine connaissance de son activité professionnelle et de ses tâches. De plus, une incapacité de travail de 50% n'a été reconnue qu'après l'échec d'une tentative d'augmenter le temps de travail (cf. consid. 13.1 ci-dessus). S'il est vrai que c'est à tort que l'OAIE n'a initialement pas effectué une enquête ménagère sur place afin de pouvoir déterminer concrètement le taux d'invalidité de la recourante dans l'activité ménagère (cf. art. 69 al. 2 RAI; voir également l'art. 28 al. 3 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008 [RO 2003 3837 3852] correspondant actuellement à l'art. 28a al. 3 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [RO 2007 5129 5147]), il n'était pas manifestement erronée de considérer que l'empêchement dans le ménage correspondait, comme dans l'activité professionnelle qui est physiquement légère, à 50% (AI pce 87). L'appréciation différente de la situation par le Dr J. _____ et par l'enquête ménagère du 22 août 2013 (AI pce 166), se basant sur un examen plus approfondi des faits, ne saurait constituer un motif de reconsidération (cf. consid. 15.1 ci-dessus). Partant, le TAF ne saurait pas non plus retenir un motif de reconsidération.

16.

Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal ne peut pas confirmer la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision ou d'une reconsidération. A ce sujet, il convient de rappeler que ce résultat n'affecte pas la valeur probante de l'expertise du Dr J. _____, la présence d'un motif de révision ou d'un motif de reconsidération étant une question de droit qui doit être examinée par l'administration et, cas échéant, par le Tribunal (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_283/2015 du 24 juin 2015 consid. 3 et 9C_662/2013 du 2 décembre 2014 [SVR 2015 n° 16] consid. 2.3).

En conséquence, la recourante a toujours droit à une demi-rente d'invalidité. Dès lors, il convient d'admettre partiellement son recours et d'annuler la décision attaquée.

17.

Il reste à examiner la question des frais de procédure et des dépens.

17.1 En règle générale, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase PA), a contrario, la partie ayant obtenu gain de cause ne doit en principe pas de frais (cf. aussi art. 63 al. 3 PA). Si la partie n'est déboutée que partiellement, les frais sont réduits (art. 63 al. 1, 2^{ème} phrase PA). A titre exceptionnel, ils peuvent être entièrement remis (art. 63 al. 1, 3^{ème} phrase PA).

Le recours de l'assurée, qui a demandé à titre principal une rente d'invalidité entière, n'est admis que partiellement (cf. MICHAEL BEUSCH, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG), 2008, art. 63 ch. 13, p. 807; ATF 123 V 156 consid. 3c). Dès lors, elle doit participer aux frais de procédure, s'élevant à 400 francs, à hauteur de 150 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais de 400 francs dont la recourante s'est acquittée dans le cadre de la présente procédure. Le solde de 250 francs lui sera restitué par le Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

Aucun frais n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (cf. art. 63 al. 2 PA).

17.2 L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Au vu de l'art. 7 al. 2 FITAF, lorsqu'une partie n'obtient que partiellement gain de cause, les dépens auxquels elle peut prétendre sont réduits en proportion.

En l'espèce, la recourante ayant obtenu partiellement gain de cause et son avocat ayant rédigé un recours de 18 pages, il se justifie, eu égard à ce qui précède, d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 1'800.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF), à charge de l'OAIE. Il est rappelé que la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies

à un assuré résidant à l'étranger (cf. art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] ; arrêts du TAF C_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 10 juin 2014 annulée.

2.

La recourante doit participer aux frais de procédure à hauteur de 150 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais de 400 francs dont la recourante s'est acquittée ; le solde de 250 francs lui est restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

L'OAIE versera à la recourante une indemnité de 1'800 francs à titre de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (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

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :