



Arrêt du 22 juillet 2019

Composition

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

Parties

A. _____, (Espagne),
représentée par Maître José Nogueira Esmorís, avocat,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, réexamen de la rente d'invalidité au
sens de la 6^{ème} révision LAI, révision de la rente (décision du
26 mai 2015).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : assurée ou recourante), ressortissante espagnole née le (...) 1958, habitant actuellement en Espagne, a vécu et travaillé en Suisse en tant que nettoyeuse.

A.b Le 10 mai 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI du canton B. _____ (OAI pce 49 pp. 205 à 211). Les décisions des 4 décembre 2002 et 23 novembre 2004 de l'Office cantonal (OAI pce 49 pp. 136 s.) ont été annulées par le Tribunal administratif du canton B. _____ (arrêts des 26 août 2003 et 24 mai 2005 [OAI pce 49 pp. 9 à 26 et 104 à 116]). Celui-ci, par son arrêt du 24 mai 2005, a octroyé à l'assurée un quart de rente depuis le 1^{er} juin 2001. Il a considéré que celle-ci souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, responsable d'une incapacité de travail de 70 à 80% dans une activité adaptée, et que son taux d'invalidité s'élevait à 43% tel que constaté par l'Office cantonal le 4 décembre 2002 (OAI pce 49 pp. 9 à 26, notamment consid. 6a à 9a aux pp. 20 à 23).

A.c L'assurée a demandé le 31 juillet 2006 (OAI pce 46) une révision de sa rente d'invalidité, se prévalant d'une nette détérioration de son état de santé après avoir été hospitalisée pour exacerbation de la douleur et réhabilitation (OAI pce 38 et 45 pp. 9 ss). Par décision du 25 juin 2007 (OAI pce 29), l'Office AI du canton B. _____, a rejeté la demande de révision et le droit à un quart de rente a été maintenu. Le Tribunal cantonal n'est pas entré en matière sur le recours interjeté par l'assurée, l'avance de frais de procédure ayant été payée tardivement (arrêt du 3 septembre 2008 [OAI pce 7]).

A.d Fin 2008, l'assurée est retournée vivre en Espagne (OAI pces 1 et 2). L'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE) a entamé en juillet 2009 une nouvelle procédure de révision de la rente (OAIE pces 7 à 10). A son terme, il a informé l'assurée qu'il résultait de son examen que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié d'une façon déterminante et que la prestation allouée jusqu'alors sera maintenue (communication du 5 mars 2010 [OAIE pce 25]). A la requête de l'assurée, l'OAIE a confirmé par décision du 14 mai 2010 que la prestation octroyée ne subira pas de modification (cf. OAIE pce 27). L'assurée n'a pas recouru contre cette décision.

B.

B.a Le 8 septembre 2011, l'assurée demande une nouvelle révision de sa rente et requiert l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins. Elle soutient que son état de santé s'est aggravé et l'empêche de travailler dans toute profession (OAIE pce 33).

Par projet de décision du 8 décembre 2011 que l'assurée a contesté (OAIE pces 54, 58 et 59) et par décision du 13 février 2012 (OAIE pce 62), l'OAIE n'entre pas en matière sur cette demande de révision.

Le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), auprès duquel l'assurée a recouru, admet partiellement le recours par arrêt C-1846/2012 du 4 juillet 2013 et renvoie la cause à l'OAIE pour qu'il entre en matière sur la demande de l'assurée. Le Tribunal considère à l'encontre de l'administration que les rapports médicaux produits rendent plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée (OAIE pce 71).

B.b Faisant suite à l'arrêt du TAF, l'OAIE reprend l'instruction et des nouveaux rapports médicaux sont versés en cause. L'OAIE organise la conduite d'une expertise rhumatologique et psychiatrique sur avis de ses médecins qui estiment par ailleurs que l'affaire est soumise à un réexamen en vertu des dispositions finales de la 6^{ème} révision AI (OAIE pces 95 et 97). Le 16 avril 2014 (OAIE pce 102), l'assurée est informée de cette expertise. Dans le rapport du 1^{er} décembre 2014 (OAIE pce 124), les experts concluent que l'assurée présente une capacité de travail résiduelle de 80% dans des activités adaptées. Les médecins de l'OAIE confirment ces conclusions (OAIE pces 126 et 127).

L'OAIE procède ensuite à l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale de comparaison de revenu et détermine un taux d'invalidité de 43% (OAIE pce 128).

Par projet de décision du 16 avril 2015 (OAIE pce 129), auquel l'assurée s'oppose (AI pce 130), et par décision du 26 mai 2015 (AI pce 132), l'OAIE confirme le maintien du droit à un quart de rente. Il se réfère notamment aux dispositions finales de la 6^{ème} révision LAI et explique que les diagnostics qui ont ouvert le droit à la rente sont liés à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constant de déficit organique. Il expose en outre qu'il appert de l'expertise psychiatrique et rhumatologique que l'incapacité de travail de l'assurée est de 20% dans une activité

adaptée à ses limitations avec une diminution de la capacité de gain de 43%.

C.

Le 26 juin 2015 (envoi postal), l'assurée interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, d'un trois quart de rente ou d'une demi-rente. Elle soutient que son incapacité de travail est supérieure à 75% dans toutes les activités professionnelles. Elle dépose plusieurs rapports médicaux dont la plupart se trouvent déjà dans le dossier (TAF pce 1 et annexes).

L'OAIE, dans sa réponse du 12 octobre 2015 (TAF pce 8), conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Les parties persistent dans leurs conclusions par réplique du 5 novembre 2015 (TAF pce 13) et duplique du 24 mars 2016 (TAF pce 21). Durant cet échange d'écritures, la recourante dépose des nouvelles pièces médicales (TAF pce 13 annexes 15 à 17).

Le 11 novembre 2015 (TAF pce 12), l'autorité inférieure informe le Tribunal que le montant du quart de rente de la recourante a été recalculé dès le 1^{er} octobre 2015 suite au décès du conjoint de celle-ci. La décision du 6 novembre 2015 y relative et la feuille de calcul est jointe (TAF pce 12 annexes 1 et 2). La recourante ne donne pas suite à l'ordonnance du 24 novembre 2015 du TAF, l'invitant à déposer des éventuelles remarques à ce sujet (TAF pce 15).

La recourante maintient ses conclusions dans ses observations finales du 28 avril 2016. Par ailleurs, elle invoque que le décès de son mari a empiré son état de santé psychique (TAF pce 23).

Par courrier envoyé le 13 mai 2019, la recourante transmet au Tribunal différents rapports médicaux, réclamés par ordonnance du 28 février 2019 (TAF pce 29), que l'OAIE n'a pas réussis à réunir (TAF pce 30 et annexes).

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 [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 400 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA; TAF pces 10 et 11).

2.

2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

2.2 Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). Toutefois, 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^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (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 (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). 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 Tribunal 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, soit en l'espèce, jusqu'au 26 mai 2015. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b).

3.3 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante espagnole domiciliée en Espagne a été assurée plusieurs années en Suisse (notamment : TAF pce 12 annexe 2). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP).

Depuis la demande de la révision de la recourante du 8 septembre 2011 (OAIE pce 33), l'annexe II de l'ALCP a été modifiée pour la relation avec la Suisse avec effet au 1^{er} avril 2012. Pour cette raison sont en l'occurrence déterminants jusqu'au 31 mars 2012 le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11) et, ensuite, 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. arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

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 (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; 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.

L'objet du présent recours est le bien-fondé de la décision attaquée du 26 mai 2015 (AI pce 132) par laquelle l'autorité inférieure a maintenu le quart de rente d'invalidité dont l'assurée bénéficie depuis le 1^{er} juin 2001. La recourante qui a demandé la révision de sa rente requiert l'octroi d'une rente d'invalidité entière, d'un trois quart de rente ou d'une demi-rente.

Il est précisé que le calcul du montant de la rente d'invalidité de l'assurée n'est pas contesté, la décision du 6 novembre 2015 (TAF pce 12 annexe 1) n'ayant pas été attaquée par l'assurée. Celle-ci n'a pas non plus formulé des remarques à ce sujet suite à l'invitation du TAF du 24 novembre 2015 (TAF pce 15).

5.

5.1 En l'occurrence, suite à l'arrêt du TAF C-1846/2012 cité (OAIE pce 71), l'administration est entrée en matière sur la demande de révision de la rente déposée par l'assurée le 8 septembre 2011.

5.2 En principe, 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.

5.3 La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 134 V 131 consid. 3; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état

de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 117 V 198 consid. 4b; arrêts du TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.7, 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2, 9C_226/2013 du 4 septembre 2013).

5.4 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 115 V 308 consid. 4a/bb; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références citées) d'un point de vue médical notamment (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3; arrêts du TF 8C_160/2017 cité consid. 2.2, 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1; cf. aussi consid. 8.3.4 relativement à la nouvelle jurisprudence concernant les syndromes douloureux somatoformes et atteintes similaires).

5.5 Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n° 11 p. 498).

5.6 Lorsque l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée, elle rejette la demande de révision (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du TF 9C_589/2017 du 17 avril 2018 consid. 4). Dans le cas inverse, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence (arrêt du TF 132/03 cité consid. 2). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au tribunal (ATF 117 V 198 consid. 3a; 109 V 108 consid. 2b).

6.

6.1 En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA susmentionné, la let. a de l'al. 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^{ème} révision, premier volet) a introduit le 1^{er} janvier 2012, déterminante en l'espèce (cf. consid. 3.1), une procédure de révision particulière pour les

rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, ces rentes sont réexaminées dans un délai de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2012 et s'il apparaît du réexamen que les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies – parce que l'incapacité de gain est considérée comme surmontable (cf. consid. 7.1 ci-dessus) – la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies et que, partant, l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente.

Aux termes de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au 1^{er} janvier 2012, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

6.2 Le Tribunal fédéral a remarqué que l'applicabilité des dispositions finales dépend de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2). Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes objectivables que non explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique les dispositions finales aux dernières ; la capacité de travail fondée sur un substrat organique ne peut, par contre, être révisée qu'au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 6 ss). Il faut encore que ces troubles de santé soient dissociables en fonction de leurs diagnostics et de leurs limitations fonctionnelles (ATF 140 V 197 consid. 6.3.2; arrêts du TF 8C_413/2016 du 2 septembre 2016 consid. 4.2.1 s., 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.4.1 s.). Dans les situations où cette distinction n'est pas possible et où l'on ne peut pas déterminer sur quelle base la rente initiale a été allouée (situation mixte), il faut procéder de la manière suivante : lorsque les troubles organiques ou psychiques indépendants (au moment de l'octroi de la rente et/ou au moment du réexamen) ne font que renforcer les effets du syndrome sans pathogenèse claire, un réexamen intégral de la rente fondé sur la let. a al. 1 des dispositions finales est possible. Par contre, dans les cas où ces troubles ont contribué d'une manière indépendante à l'incapacité de travail qui a donné droit à une rente, l'administration ne peut pas procéder à un réexamen selon les dispositions finales (arrêt du TF 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.6 s., confirmé notamment par les arrêts 8C_413/2016 cité consid. 4.2.3, 9C_180/2015 du 18 février 2016 consid. 9C_127/2015 du 15 octobre 2015 consid. 5 et 8C_697/2014 du 23 mars 2015 consid. 5.1 s.).

6.3 Le Tribunal fédéral a aussi précisé que le réexamen de la rente n'est pas limité aux rentes allouées avant le 1^{er} janvier 2008 lorsque l'art. 7 al. 2 LPGA est entré en vigueur lequel a ancré dans la loi l'exigence jurisprudentielle selon laquelle l'incapacité de gain doit être insurmontable afin de pouvoir donner droit à une rente (cf. consid. 7.1 ci-dessus). Par contre, si l'octroi de la rente tenait déjà compte de cette jurisprudence, introduite par le Tribunal fédéral le 12 mars 2004 (cf. consid. 8.2.2 ci-dessus), il n'est pas possible de réexaminer le droit à la rente au titre des dispositions finales (ATF 140 V 8 consid. 2, notamment consid. 2.2.1.3).

7.

7.1 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 (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 6, 1^{ère} phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui.

L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

7.2 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi, le revenu que 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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

7.3 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).

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un de ces pays (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

8.

8.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

8.2

8.2.1 En particulier, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5; 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2; 140 V 8 consid. 2.2.1.3; voir aussi ATF 142 V 324), telles la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue

(ATF 132 V 65 consid. 4.3; 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). La fibromyalgie présente par ailleurs de nombreux points communs avec le trouble douloureux somatoforme (ATF 132 V 65 consid. 4, 4.1; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5; cf. aussi PETER HENNINGSSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12).

8.2.2 La jurisprudence du Tribunal fédéral a posé depuis le 12 mars 2004 la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que d'autres affections psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ce n'était que dans des cas exceptionnels qu'on reconnaissait une invalidité à ce titre et qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie. La personne assurée devait alors présenter une comorbidité psychiatrique importante et/ou remplir quatre autres critères, appelés critères de Foerster (ATF 132 V 65 consid. 4; 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 352 consid. 2.2.3 et 3.3.1; cf. aussi ATF 140 V 290 consid. 3.3.1; 139 V 547 consid. 6 et 7).

8.3

8.3.1 Le 3 juin 2015, peu avant le dépôt de la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral, dans un arrêt de principe publié dans l'ATF 141 V 281, a modifié sa pratique en profondeur s'agissant de l'appréciation des troubles douloureux somatoformes et des troubles similaires. Le 30 novembre 2017, il a, en outre, décidé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin de pouvoir déterminer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail.

L'évaluation des troubles psychiques fait désormais l'objet d'une procédure probatoire structurée, sur la base d'une vision d'ensemble et à la lumière des circonstances du cas particulier, sans résultat prédéfini, laquelle permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité, et d'autre part, les ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

8.3.2 Concrètement, le Tribunal a conçu le catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories, suivant (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

1.1. Complexe "atteinte à la santé"

1.1.1. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard

1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

1.1.4. Comorbidités

1.2. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

1.3. Complexe "contexte social".

2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a précisé que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

8.3.3 Le Tribunal fédéral a souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifiait en rien celle tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA (cf. consid. 7.1) laquelle exige que seules les limitations, comme conséquences de l'atteinte à la santé, soient prises en compte et que l'examen de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée soit objectif (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 6; cf. arrêt du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.2). Comme auparavant, les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne peuvent pas être expliquées d'un point de vue médical ne forment pas d'atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; cf. aussi consid. 8.3.3).

8.3.4 La Haute Cour a encore précisé que la nouvelle procédure d'appréciation de la capacité de travail de la personne assurée ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande de prestations, ni de révision (ATF 141 V 585 consid. 5 et 5.3).

9.

9.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Vol. II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit lorsque les conditions d'assurance sont remplies les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 7.1), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). 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 au vu de ses limitations (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). L'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue toutefois une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2).

9.2 Le Tribunal examine les preuves d'office et librement (notamment : ATF 144 V 50 consid. 4.3; cf. consid. 2.2). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

9.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

9.3.1 L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 33).

9.3.2 La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 11 ad art. 31;).

9.3.3 Le Tribunal 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. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.3.4 Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence s'agissant des troubles psychiques (cf. consid. 8.3 ss ci-dessus), le Tribunal fédéral a considéré que les expertises médicales effectuées selon les anciens standards jurisprudentiels ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (par analogie : ATF 141 V 281 consid. 8; arrêt du TF 8C_628/2018 cité consid. 4.3, 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).

9.3.5 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance qui les unit à leur patient-e ; il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient-e (ATF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par la personne assurée en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 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; arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2, 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3).

9.3.6 S'agissant des rapports médicaux qui sont postérieurs à la décision attaquée, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.2), il sied de rappeler qu'ils ne sont déterminants que pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_235/2016 du 26 janvier 2017 consid. 4.2, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1; RCC 1980 p. 481).

9.4 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

10.

Dans le cas concret, il sied d'examiner si les dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI (cf. consid. 6 ss) sont déterminantes et si le quart de rente en cause, confirmé par la décision litigieuse, peut faire l'objet d'un réexamen ce que l'OAIE soutient dans la décision contestée.

10.1 Le TAF constate que par arrêt du 24 mai 2005, le Tribunal cantonal B._____ (OAI pce 49 pp. 9 à 26) a alloué le quart de rente dont l'assurée bénéficie depuis le 1^{er} juin 2001 pour un trouble douloureux, se fondant sur le rapport d'expertise du 10 juin 2002 de C._____ (OAI pce 49 pp. 148 à 168) ainsi que sur le rapport d'expertise du 3 septembre 2004 de D._____ (OAI pce 49 pp. 62 à 86). Le Tribunal cantonal a également constaté que les experts de C._____ avaient encore fait état d'un trouble dépressif d'épisode léger que les experts de D._____ n'avaient plus observé (cf. consid. 6b de l'arrêt du Tribunal cantonal [OAI pce 49 p. 20]). Le Tribunal cantonal a ensuite considéré que les expertises de C._____ et D._____, en particulier leurs rapports psychiatriques, bénéficiaient de valeurs probantes (consid. 6c de l'arrêt [OAI pce 49 p. 20]) et qu'elles ont attesté à l'assurée une capacité de travail résiduelle de 70 à 80% compte tenu de la jurisprudence selon laquelle un tel trouble, sans comorbidité psychique, ne pouvait pas, en principe, justifier une incapacité de travail durable et pouvait être surmonté par un effort de volonté exigible (cf. consid. 7 à 8a de l'arrêt [OAI pce 49 pp. 20 à 22]).

10.2 Par décision du 25 juin 2007 (OAIE pce 29), l'Office AI du canton B._____ a rejeté la première demande de révision déposée par l'assurée et confirmé, partant, le maintien du quart de rente. L'office se fondait sur l'avis du médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), la Dresse E._____ laquelle a notamment expliqué que le trouble douloureux somatoforme observé par le Dr F._____ (rapport d'expertise psychiatrique du 22 février 2007 [OAI pce 33]), sans comorbidité psychiatrique importante, n'était pas durable et pouvait être surmonté et que, par conséquent, il ne pouvait pas justifier une incapacité de travail, voire une aggravation de l'état de l'assurée d'un point de vue de l'assurance-invalidité (OAI pce 32).

10.3 A la suite d'une nouvelle révision introduite cette fois d'office, l'OAIE a confirmé le quart de rente par décision du 14 mai 2010 contre laquelle l'assurée n'a pas recouru. Le Tribunal de céans, dans l'arrêt C-1846/2012

cité (consid. 8.2 [OAIE pce 71 pp. 17 s.]), a remarqué que l'assurée souffrait à ce moment essentiellement de fibromyalgie, de discopathie cervicale C4-C5, d'une hernie discale en L5-S1, de lombarthrose, de protrusion discale en L4-L5 et d'un léger syndrome du tunnel carpien gauche ainsi que d'un trouble adaptatif mixte sous forme de réaction anxio-dépressive. Le TAF a également noté que le Dr G. _____, dans le rapport médical détaillé E 213 du 25 novembre 2009 (OAIE pce 20), a confirmé ces diagnostics et a déclaré que l'assurée était apte à travailler à plein temps dans des activités légères adaptées à ses limitations fonctionnelles, sans port de charges, sans nécessité de monter des escaliers/échelles, en privilégiant les postures variées et les activités sans pression au niveau du rendement. Par contre, le Dr G. _____ a reconnu que l'assurée ne pouvait plus poursuivre son activité de femme de ménage. Le TAF a alors conclu que les documents médicaux versés en cause ont conduit le Dr H. _____, psychiatre interne à l'administration, à retenir dans son avis du 5 février 2010 (OAIE pce 24) que l'état de santé de l'intéressée ne s'était pas modifié, celle-ci s'étant toujours plainte de douleurs diffuses qui n'avaient pas de fondements somatiques et que les médecins observaient, d'une façon inchangée, une fibromyalgie et un trouble de l'adaptation dans le sens d'une dépression légère.

10.4 Au vu de ce qui précède, le TAF remarque que le quart de rente litigieux dans la présente procédure de recours a été confirmé en dernier lieu par la décision du 10 mai 2010 qui est entrée en force de chose décidée faute de recours déposé à son encontre (consid. 10.3). Par ladite décision, tout comme par arrêt du 24 mai 2005 et décision du 25 juin 2007 déjà (consid. 10.1 et 10.2), la rente a été allouée essentiellement en raison d'une fibromyalgie ou d'un trouble douloureux somatoforme similaire, et ainsi, principalement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique au sens des dispositions finales de la 6^{ème} révision LAI (cf. consid. 6.1 et 6.2 ci-dessus), alors que l'assurée présentait également un trouble de l'adaptation ou une dépression légère (consid. 10.3; voir aussi consid. 10.1 et 10.2) ainsi que des troubles somatiques (consid. 10.3). Cela étant, au regard de l'arrêt du 24 mai 2005 et de la décision du 25 juin 2007 (consid. 10.1 et 10.2) que la décision du 10 mai 2010 a confirmés, le Tribunal constate également que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée reposait déjà sur les considérations selon lesquelles la fibromyalgie ou le trouble douloureux somatoforme pouvaient en principe être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible au sens de l'art. 7 al. 2 LPGA (cf. consid. 7.1 et 8.2.2).

10.5 Dès lors, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral citée (ATF 140 V 8 consid. 2, notamment consid. 2.2.1.3; consid. 6.3 ci-dessus), la rente de l'assurée ne peut pas faire l'objet d'un réexamen selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision AI.

11.

Le quart de rente peut, par contre, être soumis à la révision pour autant que le degré d'invalidité de l'assurée ait subi une modification déterminante, propre à influencer sur son droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 5 ss ci-dessus), ce que la recourante prétend, avançant depuis sa demande de révision du 8 septembre 2011 que son état de santé s'est aggravé et qu'elle ne peut plus exercer une activité professionnelle quelconque. Au regard de la décision contestée, il sied d'examiner cette question, par substitution de motifs.

Le Tribunal de céans a remarqué dans son arrêt C-1846/2012 cité (consid. 7.3 [OAI pce 71 p. 17]) que le point de départ de cet examen doit être fixé au 14 mai 2010. Dès lors, dans la présente procédure de recours, les faits déterminants à la date de la décision litigieuse du 26 mai 2015, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal (consid. 3.2), doivent être comparés à ceux qui ont existé au 14 mai 2010.

12.

Lors de la décision attaquée du 26 mai 2015, l'OAIE disposait d'une documentation médicale étoffée.

12.1 L'OAIE a recueilli dans un premier temps notamment les nouveaux rapports médicaux suivants :

- plusieurs rapports manuscrits illisibles du Dr I. _____ et d'un médecin non identifié (OAIE pces 35, 48 et 49),
- le rapport rhumatologique du 24 février 2011 du Dr J. _____ lequel note un trouble adaptatif mixte avec troubles du sommeil, accompagné d'un syndrome algique généralisé avec sensations d'asthénie (points douloureux spécifiques 18/18) suggérant une fibromyalgie ; ce médecin mentionne encore des cervicalgies, des paresthésies et des douleurs au niveau du membre supérieur gauche entraînant une perte de force, ainsi qu'une discopathie en C4-C5, avec ostéophytose postérieure sténosante, une discopathie en L4-L5 et L5-S1 et des lombalgies de type mécanique avec irradiations dans les fesses et les deux jambes ; le médecin déclare l'intéressée incapable d'effectuer aucun type de

travail de manière permanente et retient une incapacité supérieure à 75% (OAIE pce 34),

- le rapport psychiatrique du 16 mars 2011 du Dr K._____ qui mentionne qu'il a vu l'assurée pour la première fois en janvier 2010 pour un syndrome anxio-dépressif évoluant depuis onze ans, associé à une fatigue chronique et un syndrome fibromyalgique ; le psychiatre diagnostique un trouble mixte anxio-dépressif (ICD 10) caractérisé par une humeur sub-dépressive chronicisée, de l'irritabilité, de l'insomnie de conciliation, une tendance à la clinophilie, des sentiments de désespoir et de culpabilité et une perte absolue de libido ; il mentionne des déficits cognitifs au niveau de l'attention, de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'une labilité émotionnelle et affective réactionnelle à sa pathologie algique, sans toutefois relever de symptômes suicidaires ou psychotiques ; le médecin met en avant une chronicisation du trouble anxio-dépressif d'évolution lente et irrégulière, traité par différents antidépresseurs et par une thérapie comportementale (OAIE pce 36),
- le rapport psychiatrique du 24 mars 2011 de la Dresse L._____ de l'Hôpital M._____ où l'assurée est suivie depuis novembre 2007 ; le médecin indique que lors de la dernière consultation en décembre 2010, l'assurée présentait une humeur anxio-dépressive associée à des douleurs et limitations physiques associées (OAIE pce 37),
- des résultats radiologiques du 26 mai 2011, établis par la Dresse N._____ (OAIE pce 38) et les résultats d'électromyographie du 2 juin 2011(OAIE pce 40),
- le rapport médical du 21 juillet 2011 du Dr O._____, chirurgien orthopédique, diagnostiquant chez l'assurée une discopathie en C4-C5, une cervicarthrose, une hernie discale en L5-S1 avec lombarthrose, un syndrome du tunnel carpien droit, ainsi qu'un double enclavement en C7 gauche et du nerf médian ipsilatéral (OAIE pce 44),
- le rapport médical du 28 juillet 2011 du Dr P._____ de Q._____, reprenant les diagnostics connus et indiquant une aggravation de la symptomatologie (OAIE pce 45),
- le récapitulatif de huit consultations de l'assurée entre décembre 2010 et août 2011 en raison de douleurs généralisées et multiples (OAIE pces 47),

- le rapport médical du 26 janvier 2012 du Dr R._____, chirurgien et spécialiste en médecine du travail (OAIE pce 59 pp. 1 à 6), lequel a examiné l'assurée afin de déterminer son incapacité. Faisant état des atteintes connues, il estime que l'assurée présente une incapacité fonctionnelle de plus de 75% et est incapable de travailler dans son activité habituelle de femme de ménage et dans toute autre activité nécessitant de porter des charges, de marcher de manière prolongée ou sur des terrains irréguliers, ainsi que de faire face à des surcharges émotionnelles.

La Dresse S._____, spécialiste en médecine interne travaillant pour l'OAIE est invitée à prendre position. Elle conclut que l'assurée présente toujours une fibromyalgie d'évolution fluctuante et des troubles dégénératifs débutants ; les interventions au tunnel carpien droit et pour remédier aux signes d'enclavement en C7 et du nerf médian gauche ne justifieraient pas des incapacités de travail supplémentaires, les incapacités de travail ne devant être que de brève durée (cf. prises de position des 5 décembre 2011 et 9 février 2012 [OAIE pces 53 et 61]).

12.2 Dans le cadre de la procédure C-1846/2012 citée a été versé en cause le nouveau rapport médical du 28 mai 2012 du Dr O._____ qui diagnostique un syndrome subacromial gauche, une tendinite du supra et infra-épineux avec un kyste paralabral antéro-supérieur, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, une double compression du membre supérieur gauche ainsi qu'une fibromyalgie. Il indique en outre que l'état de la recourante s'est aggravé, celle-ci ayant présenté une exacerbation de sa fibromyalgie et des difficultés à l'effort en raison de ses lésions cervico-lombaires et à l'épaule gauche (affaire C-1846/2012, TAF pce 7 annexe).

12.3 Suite à l'arrêt du TAF C-1846/2012 cité, ont été d'abord produits notamment les nouveaux rapports médicaux ci-après :

- le protocole chirurgical du 22 septembre 2011 établi par le Dr O._____ duquel il ressort que l'assurée a été opérée d'un syndrome du tunnel carpien droit par décompression (OAIE pce 86),
- le rapport hospitalier du 21 novembre 2012 qui fait état d'une consultation de l'assurée en rhumatologie pour douleurs ostéo-musculaires généralisées (OAIE pce 87),

- un récapitulatif de cinq consultations de l'assurée entre janvier et octobre 2013 auprès de l'unité de la douleur du complexe hospitalier universitaire à (...) (OAIE pce 88),
- le rapport psychiatrique du 25 novembre 2013 de la Dresse T. _____ de l'Hôpital M. _____ laquelle pose le diagnostic de trouble d'adaptation mixte (OAIE pce 90),
- un récapitulatif de treize consultations de l'assurée auprès du service de traumatologie de l'hôpital M. _____ entre avril 2009 et novembre 2013 (OAIE pce 89),
- le rapport psychiatrique du 20 décembre 2013 établi par le Dr U. _____ lequel, reprenant l'historique médical de l'assurée, lui diagnostique une dysthymie (F 34.1) et atteste une incapacité de travail de 40% ; il relève également des troubles de la mémoire, de la concentration et de la compréhension (OAIE pce 91),
- le rapport du 11 juillet 2014 établi par le Dr V. _____ de Q. _____, lequel note que l'assurée souffre depuis 2001 de fibromyalgie et de dépression, que la clinique grave persiste avec des fréquentes aggravations et multiples consultations en urgences, des suivis en psychiatrie, en unités de la douleur, traumatologie et neurochirurgie ; il fait également état des médicaments prescrits et observe que l'assurée a besoin d'être accompagnée lors de ses déplacements par une tierce personne et qu'elle présente des troubles de la concentration et de la mémoire (OAIE pce 114).

Les médecins de l'OAIE, les Drs S. _____, W. _____ et X. _____ prennent position dans le dossier (prises de position du 17 octobre 2013 et des 27 février 2014, 21 mars et 8 avril 2014 [OAIE pces 77, 93, 95 et 97]). Le Dr W. _____, psychiatre relève notamment que le trouble psychique de l'assurée présente une évolution fluctuante mais qu'il y a absence d'éléments qui indiqueraient une péjoration, le traitement médicamenteux n'ayant pas varié de manière significative depuis de nombreuses années (OAIE pce 95).

12.4 L'expertise bi-disciplinaire organisée par l'OAIE a eu lieu le 21 novembre 2014 (AI pce 124).

12.4.1 L'assurée a apporté les rapports récents ci-après :

- les résultats du 26 février 2014 des examens radiologiques du rachis cervical, établis par le Dr Y. _____ (TAF pce 31 annexe 6),
- le rapport du 29 avril 2014 de la Dresse Z. _____ de la clinique de la douleur qui informe que l'assurée les consulte depuis janvier 2013. Elle n'observe lors de l'examen aucune limitation fonctionnelle majeure (TAF pce 31 annexe 4),
- le rapport du 30 juillet 2014 du Dr AA. _____, rhumatologue, qui fait notamment part des examens radiologiques et indique une aggravation de l'état ; il remarque que l'assurée est très limitée dans sa vie quotidienne et ne peut effectuer les efforts minimaux requis pour l'accomplissement d'un travail quelconque (TAF pce 31 annexe 5),
- les résultats du 4 septembre 2014 de l'examen par ultrasons de l'épaule gauche, signés de la Dresse BB. _____ (TAF pce 31 annexe 3),
- le rapport du 11 septembre 2014 du Dr O. _____ lequel constate que les examens de l'imagerie médicale font état d'une aggravation de l'état. Il remarque que l'assurée présente également des altérations au niveau cognitif et dans les relations sociales et estime que la situation est irréversible et que l'assurée présente une incapacité de 75% dans la vie quotidienne (TAF pce 31 annexe 2),
- le rapport du 24 septembre 2014 du Dr K. _____ lequel pose les diagnostics de dysthymie et de trouble de la personnalité cluster B. Il remarque qu'il a examiné l'assurée pour la première fois le 11 janvier 2010 et qu'actuellement, elle poursuit le traitement pharmacologique et suit une psychothérapie de type cognitif. L'évolution serait torpide et irrégulière, montrant un état chronique et une aggravation clinique (TAF pce 31 annexe 1),
- le rapport du 24 octobre 2014 du Dr V. _____ de la sécurité sociale espagnole qui rapporte une aggravation de la symptomatologie depuis ces dernières années avec limitations dans les activités quotidiennes basiques, ne permettant même pas des efforts minimes. Il fait également état des troubles de la concentration et de la mémoire nécessitant l'accompagnement de l'assurée par une tierce personne (TAF pce 31 annexe 7).

12.4.2 Dans le rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2014 (OAIE pce 124), les Drs CC._____ (rhumatologie) et DD._____ (psychiatrie) ont conclu que l'assurée présente une capacité de travail de 80% dans des activités adaptées, à savoir des activités légères sans port de charge de plus de 7kg, permettant des positions alternées. Une incapacité de travail de 20% est retenue, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, pour tenir compte du besoin de pause accru et de la vitesse de travail réduite de l'assurée.

Les médecins de l'OAIE, les Drs S._____ et HH._____, confirment les conclusions des experts (avis des 9 janvier et 18 mars 2015 [OAIE pces 126 et 127]) et retiennent que l'assurée présente depuis le 1^{er} juin 2000 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle et dès le 21 novembre 2014 une incapacité de travail de 20% dans des activités adaptées en raison de la symptomatologie subjective et des besoins de pauses accrues (OAIE pce 126).

12.5 Dans la présente procédure de recours, les nouveaux rapports médicaux ci-après ont encore été versés en cause :

- le rapport hospitalier urgentiste du 4 juillet 2014 établi par la Dresse EE._____ laquelle fait état de douleurs à la palpation au niveau cervical et au niveau de la face latérale du bras gauche, sans impotence fonctionnelle majeure (TAF pce 1 annexe 8),
- la prescription médicale et le rapport psychiatrique du 10 juin 2015 du Dr K._____ lequel pose les diagnostics de dysthymie et de trouble de la personnalité de type cluster B dans le cadre d'un trouble anxio-dépressif chronique qui s'aggrave (TAF pce 1 annexes 3 et 4),
- le rapport médical du 16 juin 2015 établi par le Dr FF._____ qui constate à l'examen notamment une diminution de la mobilité cervicale et lombaire, une diminution de force et des douleurs radiculaires au niveau C7 du côté gauche et une hypoesthésie gauche en S1 ; il retient des spondylarthroses avec discopathies multiples et un trouble adaptatif avec syndrome de fibromyalgie et note que l'assurée a des difficultés à réaliser les activités quotidiennes et a besoin de l'aide (TAF pce 1 annexe 2),
- le rapport rhumatologique du 9 juillet 2015 du Dr GG._____ lequel énumère les diagnostics connus et note que l'intéressée se plaint de douleurs intenses et de fatigue. Lors de son examen il révèle

notamment qu'il n'y a pas de signes d'une maladie auto-immune et que la mobilité du rachis est acceptable. Le médecin propose un traitement par antalgiques, des exercices réguliers et l'évitement du port de charges ou des efforts (TAF pce 13 annexe 15).

Les médecins de l'OAIE, les Drs S._____ et HH._____, sont invités à prendre position sur ces nouvelles pièces. Ils estiment qu'elles n'apportent pas d'éléments nouveaux ni arguments en faveur d'une aggravation significative (prises de position des 3 et 9 septembre 2015 et du 11 février 2016 [TAF pce 8 annexes 1 et 3; TAF pce 21 annexe 1]). Le Dr HH._____ explique également que les traits de personnalité de type cluster B (émotions dramatiques et comportement lunatique) ne provoquent pas d'incapacités de travail (TAF pce 8 annexe 3).

13.

13.1 Premièrement, le TAF constate que l'OAIE a à juste titre requis une expertise rhumatologique et psychiatrique dès lors que l'assurée souffre principalement des troubles concernant ces spécialités médicales. Le rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2014 des Drs CC._____ et DD._____ (OAIE pce 124) est en outre interdisciplinaire, garantissant ainsi que l'état de santé de l'assurée a été évalué dans son ensemble.

13.2 S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, le TAF tient à préciser qu'il a été établi avant le changement jurisprudentiel qui a instauré un nouvel examen de preuve structuré (cf. consid. 8.3 ss) et que, partant, il convient en principe d'examiner si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 9.3.4). Cela étant, il est également rappelé que la nouvelle jurisprudence ne constitue pas en soi un motif de révision (consid. 8.3.4). Par conséquent, s'il appert que l'état de santé de l'assurée est resté pour l'essentiel inchangé depuis la décision du 14 mai 2010, il n'aura pas lieu de procéder à une nouvelle appréciation de celui-ci et de ses répercussions sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée (cf. aussi consid. 5.4 et 13.8).

13.3 Le TAF remarque, eu égard aux exigences jurisprudentielles (consid. 9.3.1 et 9.3.2), que le rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2014 se base sur des pièces fondamentales du dossier médical (OAIE pce 124 pp. 2 à 14) ainsi que sur des rapports médicaux que l'assurée a apportés (pp. 12 ss du rapport; consid. 12.4.1 ci-dessus) ; ces derniers étaient alors les plus récents (rapports du 26 février 2014 au 24 octobre 2014). Le

Tribunal constate en outre que les experts ont exposé l'anamnèse en détail, aussi les aspects sociaux, scolaires, professionnels et familiales, avec description des plaintes actuelles et du quotidien de l'assurée ; ils ont aussi tenu compte du traitement médicamenteux et des thérapies entreprises (pp. 15 à 18, 26 à 28). Les experts font ensuite état des constatations de leurs examens cliniques (pp. 18 à 20, 28 et 29) lesquels, sur le volet rhumatologique, a également inclus des examens radiologiques de la colonne cervicale, thoracique et lombaire et des deux épaules ainsi qu'un examen de laboratoire, pratiqués le 21 novembre 2014 (pp. 21 s.). Le rapport d'expertise contient ensuite les diagnostics (pp. 23 et 29) ainsi qu'une appréciation du cas et les réponses aux questions posées, comportant également une prise de position sur les mesures médicales et professionnelles à entreprendre et un pronostic (pp. 23 à 25, 29 à 24). Les experts ont discuté leurs conclusions dans une réunion de consensus (pp. 33 s.).

Il est, de plus, incontesté que le Dr CC._____, spécialisé en rhumatologie, médecine manuelle et de douleurs, et le Dr DD._____, spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, disposent des qualifications médicales nécessaires pour prendre, en tant qu'experts, position sur les troubles rhumatologiques et psychiatriques de l'assurée.

13.4 Il sied d'examiner si les conclusions des experts sont dépourvues de contradictions et convaincantes et puissent, partant, être confirmées (cf. consid. 9.3.1 ss ci-dessus). Il convient ensuite de vérifier si une modification déterminante de l'état de santé est survenue depuis le 14 mai 2010, pouvant justifier une révision du quart de rente (cf. consid. 11).

13.5

13.5.1 Les experts ont retenu comme diagnostics (pp. 23 et 29 du rapport) avec répercussions sur la capacité de travail une légère altération dégénérative de la colonne cervicale et lombaire (M.54.90) avec dysbalance myostatique et posture insuffisante et des troubles myofasciaux au niveau de la région scapulaire gauche et brachialgies, un trouble dépressif récidivant, actuellement léger (F33.0) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, ils ont fait état d'un widespread pain syndrome/fibromyalgie, d'un état après une thrombose veineuse musculaire de la cuisse gauche (mai 2014), d'un possible syndrome du tunnel carpien gauche, d'un possible syndrome radiculaire irritatif C7 gauche, d'un dysfonctionnement somatoforme gastro-intestinal et d'un

point de vue de l'anamnèse, une hyperventilation récidivante (expertise du 10 juin 2002) et un trouble panique (rapport du 28 juin 2006). Le Dr CC. _____ a encore posé les diagnostics de malcompliance médicamenteuse (les benzodiazépines, antidépresseurs et opiacés n'ont pas pu être détectés), une légère hypercholestérolémie et une légère insuffisance de la vitamine D3.

13.5.2 Le Tribunal de céans constate que les experts, se fondant sur un examen approfondi du dossier médical et de la personne de l'assurée (cf. consid. 13.3 ci-dessus), ont dûment motivés leurs diagnostics.

Ainsi, sur le plan rhumatologique, le Dr CC. _____ (pp. 24 et 33) a exposé qu'il a pu objectiver des troubles dégénératifs légers au niveau du rachis cervical et lombaire avec troubles myofasciaux légers au niveau de la région scapulaire gauche et brachialgies. S'agissant des troubles myofasciaux, il a noté qu'il n'a pas trouvé d'arguments clairs en faveur d'une atteinte neurologique pouvant expliquer ces troubles, depuis l'électromyogramme de 2014 une légère radiculopathie C7 et un syndrome du canal carpien n'ayant cependant pas pu être exclus ; selon lui, ceux-ci ne peuvent par contre pas être à l'origine de la symptomatologie générale qui est entretenu par des troubles dégénératifs légers. L'expert a également précisé que les troubles myofasciaux concernaient pour l'essentiel des contractions musculaires, rendant la mobilité libre de l'articulation de l'épaule douloureuse et qu'ils étaient légers et réversibles – ce qui aurait déjà été remarqué dans des rapports antérieurs – et pourraient être traités par application de la chaleur et par des étirements alors qu'ils empireraient lors de l'activité musculaire. Il explique par ailleurs que l'assurée souffrait aussi d'un widespread pain syndrome/fibromyalgie qui, à part les troubles myofasciaux susmentionnés, était dominant et ne pouvait pas être expliqué par une pathologie organique. Il a encore noté que ces douleurs pouvaient être traitées par différents médicaments qui ont été prescrits à l'assurée mais que les résultats du laboratoire montraient qu'il existait une malcompliance laquelle était fortement vraisemblable, une fluctuation quotidienne aussi importante étant difficilement possible compte tenu des quantités ingérées selon l'anamnèse. Enfin, le Dr CC. _____ a relevé que les constatations des rapports d'expertises de C. _____ et D. _____ sont compréhensibles et qu'il peut également poser le diagnostic de fibromyalgie (p. 24).

Sur le volet psychiatrique, le Tribunal constate que le Dr DD. _____ a fait part des éléments objectifs et pertinents du diagnostic.

En effet, concernant le trouble dépressif récidivant léger, l'expert a relaté (pp. 30 s.) qu'il a observé une humeur dépressive, une absence de joie, une diminution de l'élan vital et une estime de soi réduite, que l'assurée pleurait lorsqu'elle faisait part de ses soucis, de ses douleurs et de sa solitude (cf. aussi pp. 28 s.) et qu'elle a rapporté une fatigue accrue, des problèmes de concentration et de mémoire, une vision pessimiste du future ainsi que des troubles de sommeil. L'expert a aussi expliqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas retenir le diagnostic de dysthymie qui se caractérise par un trouble de l'humeur dépressif chronique, interrompu par des périodes (jours ou semaines) pendant lesquelles la personne se porte mieux (p. 31 s.) ce qui n'était pas le cas de l'assurée.

S'agissant le trouble douloureux somatoforme, le Dr DD. _____ a noté que l'assurée souffrait de douleurs qui ne pouvaient pas être expliquées entièrement par des atteintes somatiques. Par ailleurs, l'expert a trouvé l'origine du trouble somatoforme notamment dans le rejet par l'assurée de son agressivité et dans l'accès limité à sa fantaisie et à ses sentiments (pp. 31 et 32). Il a aussi remarqué que ce trouble était entretenu par le trouble de l'humeur, au moins léger, dont l'assurée souffre également et que les deux affections se trouvaient dans un cercle vicieux (p. 31). Le Dr DD. _____ a également remarqué qu'il ne pouvait, en l'état, poser que la suspicion du trouble douloureux somatoforme, la mauvaise compliance médicamenteuse signifiait qu'il y avait une importante aggravation de la part de l'assurée, et que, au moins, la virulence et la durée des douleurs alléguées pouvaient être mises en doute (p. 30) ; néanmoins, il a aussi remarqué que les rapports antérieurs ne contenaient pas les résultats de laboratoire (p. 31).

Le Dr DD. _____ a encore relevé que les différents rapports psychiatriques ne divergeaient pas beaucoup s'agissant des diagnostics (pp. 31 et 32).

13.5.3 En outre, le Tribunal constate que les diagnostics posés par les experts sont similaires à ceux retenus par les médecins traitants de l'assurée et les spécialistes consultés.

Ainsi, sur le plan somatique, les Drs J. _____ (OAIE pce 34), R. _____ (OAIE pce 59 pp. 1 é 6), AA. _____ (TAF pce 31 annexe 5) et Z. _____ (TAF pce 31 annexe 4) ont fait état de lombalgies et cervicalgies avec discopathies et douleurs au niveau supérieur gauche et d'un syndrome algique généralisé avec sensations d'asthénie suggérant une fibromyalgie (AI pce 34), respectivement de discopathies et de cervicarthroses et

lombarthroses et d'un syndrome du tunnel carpien (AI pce 59 pp. 1 à 6) ainsi que de douleurs au niveau cervical, dorsal et lombaire et de la fibromyalgie (TAF pce 31 annexe 5).

L'expert rhumatologue a, de plus, tenu compte des aggravations notées le 11 septembre 2014 par le Dr O._____ (TAF pce 31 annexe 2), soit une radiculopathie C7 gauche et un syndrome du tunnel carpien, bilatéral selon le Dr O._____, tel que mentionné dans son rapport du 28 mai 2012 déjà (affaire C-1846/2012, TAF pce 7 annexe).

Les Drs FF._____ et GG._____, dans les rapports établis peu après la décision contestée du 26 mai 2015, ont également fait état de spondylarthroses avec discopathies multiples et d'un trouble adaptatif avec syndrome de fibromyalgie (TAF pce 1 annexe 2), respectivement d'une fibromyalgie (TAF pce 13 annexe 15).

Sur le volet psychiatrique, les Drs L._____ et T._____ ont relevé un trouble mixte anxio-dépressif (AI pces 37 et 90) alors que le Dr U._____ a diagnostiqué une dysthymie (AI pce 91), diagnostic que le Dr DD._____ a expressément réfuté (cf. consid. 13.5.2). Le Dr K._____, dans ses derniers rapports a, en outre, fait état d'un trouble de la personnalité de type cluster B (TAF pce 1 annexe 3 et 31 annexe 1). A ce sujet, le Dr HH._____ de l'OAIE a expliqué que ces traits de la personnalité lesquels décrivent des émotions dramatiques et un comportement lunatique ne vont pas à l'encontre des conclusions du Dr DD._____ (TAF pce 8 annexe 3).

13.5.4 La recourante qui se contente de citer les résultats des anciens examens de l'imagerie médicale des 26 mai, 2 juin et 21 juillet 2011 (cf. AI pces 38, 40 et 44) ainsi que les avis des Drs J._____, L._____, K._____ et II._____ des 24 février et 24 mars 2011 et des 10 juin et 16 juin 2015 (OAIE pces 34, 37, TAF pces 1 annexe 3 et pce 13 annexe 15) – considérés, entre autres avis, ci-dessus – ne critique pas concrètement les diagnostics des Drs CC._____ et DD._____ et ne prétend pas qu'elle souffre d'autres atteintes encore.

13.5.5 Enfin, s'agissant de la malcompliance médicamenteuse soulevée par les experts laquelle peut mettre en doute le diagnostic même du trouble douloureux somatoforme, tel que remarqué par le Dr DD._____, le TAF tient à préciser que celle-ci, faute de comparaison avec des résultats antérieurs, ne peut pas être attestée avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante déterminante en l'assurance-invalidité (cf.

consid. 9.4). En effet, selon les lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP), un diagnostic prenant en compte une perspective longitudinale est privilégié et il ne faut pas reposer l'appréciation sur un seul test ou sur une seule incohérence (p. 37 des lignes directrices). Ceci correspond aussi à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle, en raison des conséquences, un motif d'exclusion du caractère invalidant d'une atteinte doit se fonder sur des observations diverses, aussi dans le temps (arrêts du TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.1 à 6.7, 9C_621/2018 du 27 novembre 2018 consid. 5.3.3, 9C_602/2016 du 14 décembre 2016 consid. 5.2.2 et 5.2.2.1). Or, en l'espèce, le diagnostic du trouble douloureux somatoforme tout comme celui de la fibromyalgie similaire ont été posés depuis de nombreuses années (cf. consid. 10.1 ss). De surcroît, il apparaît d'emblée du dossier que si l'assurée ne devait pas prendre les médicaments prescrits elle suit néanmoins fréquemment, à cause de ses douleurs, plusieurs traitements médicaux, rhumatologiques et traumatologiques (OAIE pces 34, 44, 47, 86, 87, 89; TAF pce 1 annexe 8 et pce 31 annexes 2 et 5; TAF C-1846/2012 pce 7 annexe), psychiatriques (OAIE pces 36, 37 et 90; TAF pce 1 annexes 2 et 4) et des consultations de la douleur (OAIE pce 88; TAF pce 31 annexe 4; dans ce sens voir également les prises de positions de la Dresse S. _____ de l'OAIE [AI pces 53, 63, 93 et 126] et du Dr V. _____ de Q. _____ [OAIE pce 114]).

Partant, le diagnostic du trouble douloureux somatoforme peut être retenu. Il a, du reste, été énuméré par le Dr DD. _____ dans ses diagnostics et le Dr CC. _____ a aussi fait état d'un widespread pain syndrome/fibromyalgie similaire (pp. 23 et 29 du rapport d'expertise).

13.5.6 En conclusion, le TAF peut confirmer les diagnostics mentionnés par les experts, confirmés du reste par les médecins de l'OAIE. Il a, en outre, remarqué que la malcompliance médicamenteuse ne peut pas être attestée avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante déterminante en l'assurance-invalidité.

13.5.7 A l'instar des experts et des médecins de l'OAIE, le TAF note, de plus, après comparaison de la présente situation avec celle existante le 14 mai 2010 (cf. consid. 10.3 et 11), que l'assurée souffre essentiellement toujours des mêmes atteintes à la santé, soit principalement d'une fibromyalgie/widespread pain syndrome et d'un trouble douloureux somatoforme similaire, des altérations dégénératives légères de la colonne

cervicale et lombaire, d'un trouble dépressif récidivant ou d'un trouble adaptatif mixte sous forme de réaction anxio-dépressive (consid. 10.3).

Toutefois, sur le plan somatique, deux nouveaux diagnostics n'ont pas pu être exclus. Il s'agit d'un possible syndrome radiculaire irritatif C7 gauche (2014) lequel, selon le Dr CC._____, ne peut cependant pas être à l'origine des troubles myofasciaux de la région scapulaire gauche, entretenus par les troubles dégénératifs légers diagnostiqués. La recourante souffre encore d'un possible syndrome du tunnel carpien bilatéral – le côté droit a été opéré le 22 janvier 2011 (OAIE pce 86) – alors que lors de la décision du 14 mai 2010, l'assurée souffrait déjà d'un léger syndrome du tunnel carpien gauche (consid. 10.3; cf. aussi les avis de la Dresse KK._____ : OAIE pces 53, 61, 93 et 126).

13.6 Il sied encore d'examiner la capacité de travail résiduelle de la recourante et notamment la question de savoir si celle-ci s'est modifiée d'une façon déterminante depuis la décision du 14 mai 2010. En effet, celle-ci a pu se modifier même si les atteintes à la santé sont essentiellement restées les mêmes, les deux nouveaux diagnostics possibles, posés sur le plan somatique, étant réservés (consid. ci-dessus).

13.7

13.7.1 Sur le volet rhumatologique, le Dr CC._____ a noté que l'assurée devait éviter de porter des charges supérieures à 7 kg, d'exercer des activités répétitives ou dans des positions contraignantes – un changement de position devait être possible – ou encore d'accomplir des travaux dans des locaux humides et froids. Dans une activité adaptée, respectant ces limitations, l'expert a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 80% et que l'incapacité de 20% tient compte du besoin de pause accru et de la vitesse de travail réduite de l'assurée (OAIE 124 pp. 24 s. et 33 s.). Le Dr CC._____ a précisé qu'il confirme ainsi la capacité résiduelle de travail de 80% attestée par les experts de D._____ mais que l'évaluation de C._____ était également compréhensible (OAIE 124 pp. 12 et 33 s.).

D'un point de vue psychiatrique, le Dr DD._____ a constaté que les critères de Foerster (cf. consid. 8.2.2) n'étaient que partiellement remplis. Il a en effet considéré que, d'une part, l'état était chronique, n'a pas subi de modifications et était résistant au traitement et que l'assurée souffrait également d'un trouble dépressif léger qui l'empêchait de surmonter les douleurs alors que celles-ci aggravaient, de leur part, le trouble dépressif. D'autre part, il a remarqué que l'assurée ne souffrait pas de troubles

somatiques graves, qu'elle ne présentait pas un retrait total de la vie sociale – il a cependant reconnu une *vita minima* – et qu'elle disposait des ressources dans ses relations familiales stables. L'expert a, en outre, considéré que l'assurée était limitée par rapport à la tolérance à la frustration, au niveau de l'activité, de l'endurance, de la persévérance, de la solidité et flexibilité affective, qu'elle était très concentrée sur elle-même et que le maintien des relations était difficile mais que l'assurée pouvait s'adapter aux règles et à la routine et qu'elle pouvait planifier et structurer. Il a conclu que compte tenu de l'effort de volonté exigible, des limitations fonctionnelles retenues, de l'évolution passée et des résultats de laboratoire, relativisant quelque peu les indications subjectives de l'assurée, l'incapacité de travail était de 10% (pp. 31 à 34 du rapport). L'expert a encore précisé qu'il n'a pas pu observer une aggravation ou une amélioration importante des symptômes par rapport aux rapports d'expertises précédentes, ceux-ci décrivant toujours les mêmes constats et limitations (pp. 31 s. du rapport).

Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les Drs CC._____ et DD._____ ont attesté que l'assurée présentait d'un point de vue rhumatologique et psychiatrique une capacité de travail résiduelle de 20% dans une activité adaptée laquelle tient compte des légères limitations somatiques, des douleurs subjectives et des limitations psychiques (p. 34).

13.7.2 Les médecins de l'OAIE ont repris les conclusions des experts (OAIE pces 126 et 127) et retenu que l'assurée ne peut plus exercer son ancienne activité professionnelle depuis le 1^{er} juin 2000 mais qu'elle présente depuis le 21 novembre 2014, dans une activité adaptée à ses limitations, une capacité de travail résiduelle de 20%.

13.7.3 Le TAF constate que les experts ont motivé leurs appréciations de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, fondées sur un examen bidisciplinaire du dossier médical et de la personne de l'assurée approfondi (cf. consid. 13.3), en détail et d'une façon convaincante ; il ne ressort aucune contradiction de leurs appréciations.

L'évaluation psychiatrique du Dr DD._____ repose par ailleurs sur les considérations jurisprudentielles valables au moment où l'expertise a été entreprise (cf. consid. 8.2.2 et 9.3.4). De plus, dans le cadre d'un examen objectif des plaintes de l'assurée, l'expert a notamment tenu compte des limitations de celle-ci – soit les limitations de la tolérance à la frustration, de l'activité, de l'endurance, de la persévérance et de la solidité et flexibilité affective limitées – ainsi que de la présence d'un trouble dépressif léger,

empêchant l'assurée de surmonter les douleurs alors que celles-ci aggravait, de leur part, le trouble dépressif. Il a aussi évalué les ressources de l'assurée, notamment le fait que celle-ci ne souffrait pas de troubles somatiques graves et qu'elle disposait des ressources dans ses relations familiales stables. Son examen est ainsi également convaincant au regard des nouveaux indicateurs déterminants (cf. consid. 8.3 ss et 9.3.4).

Par ailleurs, les experts n'ont pas cumulé leurs évaluations individuelles conformément à la jurisprudence laquelle requiert une appréciation globale des différentes limitations (notamment : arrêts du TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.3, 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2).

13.7.4 De plus, il apparaît que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée par les Drs CC._____ et DD._____ est très similaire à celles attestées par les experts de C._____ et D._____ en 2002 et 2004 sur la base desquelles le Tribunal cantonal B._____ avait retenu dans son arrêt du 24 mai 2005 que l'assurée présentait une capacité de travail résiduelle de 70 à 80% (cf. consid. 10.1). Cette évaluation restait toujours valable au moment de la décision du 14 mai 2010 laquelle – tout comme la décision du 25 juin 2007 déjà – a constaté que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis lors (cf. consid. 10.2 et 10.3). Le Dr CC._____ a, du reste, expressément confirmé l'évaluation des experts de D._____ qui ont attesté, certes pour des motifs quelque peu différents, une capacité de travail résiduelle de 80% dans toute activité professionnelle pour des motifs psychiques (OAI pce 49 p. 77 s.), et il a estimé que l'appréciation des experts des C._____ était également compréhensible, ceux-ci ayant conclu que l'assurée, pour des raisons somatiques et psychiatriques, présentait une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité légère, permettant de changer de positions et ne nécessitant pas de porter des charges supérieures à 10 kg (OAI pce 49 p. 156).

13.7.5 Plus encore, le TAF constate que les Drs CC._____ et DD._____ n'ont pas fait état d'éléments qui auraient pu justifier une modification de la capacité de travail de l'assurée intervenue depuis la décision du 14 mai 2010 au moins.

Ainsi, le Dr CC._____ n'a pas retenu des limitations en raison des nouveaux diagnostics somatiques, soit le possible syndrome radiculaire irritatif C7 gauche (2014) et le possible syndrome du tunnel carpien. Le Dr DD._____, pour sa part, a remarqué qu'il n'a pas pu observer une

aggravation ou une amélioration importante des symptômes par rapport aux rapports d'expertise précédents, ceux-ci indiquant toujours les mêmes constats et limitations.

En effet, le TAF peut confirmer que l'assurée a décrit devant les experts des limitations similaires à celles avancées depuis des nombreuses années déjà (OAIE pce 124 pp. 16 et 26 s.). Ainsi, l'assurée a déjà invoqué auparavant qu'elle ne peut plus effectuer que des petits travaux ménagers, à son rythme et avec des pauses, et qu'elle est par ailleurs aidée par son mari (rapport d'expertise du 10 juin 2002 de C. _____ [OAI pce 49 p. 151]; rapport d'expertise du 3 septembre 2004 de D. _____ [OAI pce 49 p. 73]), qu'elle ne peut plus faire des commissions et doit être accompagnée en dehors de la maison (expertise du 22 février 2007 du Dr F. _____, psychiatre [OAI pce 33 pp. 2 et 4]), qu'elle s'est isolée socialement (expertise du Dr F. _____ [OAI pce 33 pp. 2 ss]), qu'elle souffre d'une fatigue et d'un épuisement important et qu'elle ne peut pas dormir des heures d'affilée (rapport du 17 septembre 2003 Dr JJ. _____, rhumatologue [OAI pce 49 p. 101], expertise de D. _____ [OAI pce 49 pp. 67 s.], expertise du Dr F. _____ [OAI pce 33 p. 2]), qu'elle souffre des troubles de la mémoire et de la concentration (expertise à D. _____ [OAI pce 49 p. 73]), qu'elle n'arrive pas à s'habiller elle-même (rapport du Dr JJ. _____ [OAI pce 49 p. 101]; expertise à D. _____ [OAI pce 49 p. 73]; expertise du Dr F. _____ [OAI pce 33 pp. 2 et 4]), que le contact corporel même léger est désagréable voire douloureux et que son mari lui a bâti une construction spéciale afin qu'elle ne soit pas en contact avec le duvet (expertise à D. _____ [OAI pce 49 pp. 63 et 73]). De plus, déjà devant les experts de C. _____ et D. _____, l'assurée a invoqué qu'elle ne pouvait plus exercer une activité professionnelle, même légère (OAI pce 49 pp. 74, 151).

Ultérieurement à l'expertise devant les Drs CC. _____ et DD. _____, et notamment dans le cadre de la présente procédure, l'assurée n'a pas non plus décrit des nouvelles limitations ou une aggravation de celles-ci. En particulier, le TAF note que l'assurée ne fait pas état de limitations liées au possible syndrome radiculaire irritatif C7 gauche et au possible syndrome du tunnel carpien.

De surcroît, le TAF remarque que les médecins traitants de l'assurée ne rapportent pas non plus de nouvelles limitations ou des aggravations, avançant, sans descriptions concrètes et motivations, que l'assurée est limitée dans la réalisation des activités quotidiennes et nécessite de l'aide (rapport du Dr FF. _____ [TAF pce 1 annexe 2]), qu'elle ne parvient

même plus à faire des efforts minimaux (rapports des Drs AA._____ et V._____ [TAF pce 31 annexes 5 et 7), qu'elle présente des troubles de la concentration et de la mémoire, qu'elle s'est isolée socialement (rapport du Dr O._____ [TAF pce 31 annexe 2]) et qu'elle doit être accompagnée par une tierce personne (rapports du Dr V._____ [OAIE pce 114, TAF 31 annexe 7]).

13.7.6 La recourante conteste l'appréciation des experts et soutient que son état s'est aggravé et qu'elle ne peut plus exercer une activité professionnelle quelconque.

Cela étant, le TAF vient de constater que l'assurée et ses médecins n'ont pas décrit des nouvelles limitations ou des aggravations de celles-ci (consid. ci-dessus).

De plus, les avis des 24 février 2011 et 16 juin 2015 des Drs J._____ et FF._____ (OAIE pce 34, TAF pce 1 annexe 2) que l'assurée avance dans son recours attestent certes qu'elle est incapable d'effectuer tout travail – voir dans ce sens également le rapport du 24 octobre 2014 du Dr V._____ (TAF pce 31 annexe 7) – et qu'elle présente une incapacité supérieure à 75% – voir aussi les rapports des 30 juillet et 11 septembre 2014 des Drs AA._____ et O._____ (TAF pce 31 annexes 2 et 5) – mais ces conclusions, basées sur un état de santé qui est incontesté (cf. consid. 13.5.3 s. et 13.5.6), manquent d'explications et de descriptions concrètes et la recourante n'expose pas pour quelles raisons ces appréciations devraient être préférées à celle des experts qui est fondée sur un examen bi-disciplinaire approfondi et dont les conclusions sont motivées en détail et d'une manière convaincante (consid. 13.3 et 13.7 ss). Or, dans de telles circonstances, il appartient à la recourante d'apporter des éléments concrets, susceptibles de mettre en doute les conclusions des experts ; il ne suffit pas de citer des avis médicaux contradictoires (cf. consid. 9.3.3).

S'agissant du rapport du 10 juin 2015 du Dr K._____ (TAF pce 1 annexe 3) que la recourante mentionne également, le TAF remarque qu'il ne motive pas non plus l'aggravation de l'état prétendue. De surcroît, il ne se détermine pas sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée ; c'est également le cas pour ses autres rapports (OAIE pces 36, TAF pce 1 annexe 3 et pce 31 annexe 1). La recourante cite encore le rapport de la Dresse L._____ du 24 mars 2011 (OAIE pce 37) laquelle, toutefois, ne se prononce pas non plus sur sa capacité de travail. Enfin, le rapport du 9 juillet 2015 du Dr GG._____ (TAF pce 13 annexe 15) que la recourante

a apporté en cause en dernier lieu, relevant que l'assurée devait éviter le port des charges et les efforts, ne va pas à l'encontre des conclusions des Drs CC. _____ et DD. _____. C'est d'ailleurs aussi le cas de l'appréciation du 26 janvier 2012 du Dr R. _____, spécialiste en matière du travail lequel avait attesté que l'assurée était incapable de travailler dans son activité habituelle de femme de ménage et dans toute autre activité nécessitant de porter des charges, de marcher de manière prolongée ou sur des terrains irréguliers ainsi que de faire face à des surcharges émotionnelles (OAIE pce 59 pp. 1 à 6).

En outre, la recourante n'explique pas pour quelle raison l'incapacité de travail de 40% attestée par le Dr U. _____, psychiatre, dans son rapport du 20 décembre 2013 (OAIE pce 91), devrait être préférée à l'appréciation des experts.

Enfin, l'assertion de la recourante que son état s'est aggravé depuis le décès de son mari (TAF pce 23), faute de précision et de fondement sur un constat médical, ne saurait pas non plus être suivie.

13.7.7 En conclusion, la recourante n'est pas parvenue à mettre en doute les conclusions des Drs CC. _____ et DD. _____ relativement à sa capacité de travail résiduelle (consid. ci-dessus), fondées sur un examen approfondi du dossier et de sa personne et motivée d'une façon circonstanciée et convaincante (cf. consid. 13.3, 13.5 et 13.7 ss).

13.7.8 S'agissant de la comparaison de cette situation avec les faits tels qu'ils se présentaient le 14 mai 2010, le TAF a constaté que les conclusions des Drs CC. _____ et DD. _____ sont proches de celles retenues par les experts de C. _____ et D. _____ auparavant, toujours valables au moment de la décision du 14 mai 2010 (cf. consid. 13.7.4). Plus encore, des limitations nouvelles ou des aggravations de celles-ci, depuis le 14 mai 2010 au moins, qui auraient pu justifier une modification, voire une aggravation de la capacité de travail de l'assurée n'ont pas pu être établies (cf. consid. 13.7.5). Par conséquent, le TAF remarque que la capacité de travail résiduelle de l'assurée ne s'était pas notablement modifiée, voire aggravée, depuis la décision du 14 mai 2010 au moins.

13.8 Au vu de ce qui précède, le TAF conclut que compte tenu d'un état de santé et des capacités de travail résiduelles qui ne se sont pas modifiées essentiellement depuis le 14 mai 2010 (cf. consid. 13.5.7 et 13.7.8), l'assurée n'a pas pu établir selon le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (consid. 9.4), une modification notable de sa situation

médicale ; il est rappelé que celle-ci doit clairement ressortir du dossier (consid. 5.5). Dès lors, il n'y a pas motif de révision d'un point de vue médical et l'assurée, au moment de la décision litigieuse du 26 mai 2015, présentait pour un état de santé qui est pour l'essentiel resté le même toujours une capacité de travail résiduelle de 70 à 80% dans une activité adaptée, légère (cf. consid. 10.1 à 10.3) ; il ne sied pas de retenir une nouvelle appréciation de celle-ci (consid. 5.4 et 13.2).

14.

Sur le plan économique, l'OAIE a basé sa décision du 26 mai 2015 querellée sur un nouveau calcul du taux d'invalidité du 7 avril 2015 relevant par ailleurs toujours un degré de 43% (OAIE pce 128). Toutefois, le TAF constate que la recourante ne fait pas valoir un motif de révision sur le plan économique. Un tel motif ne ressort pas non plus du dossier. Ainsi, l'assurée présentant du reste toujours une capacité de travail résiduelle de 70 à 80% (cf. consid. ci-dessus), il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle évaluation de son taux d'invalidité.

15.

Au regard de tout ce qui précède, la recourante a toujours droit à un quart de rente. Le recours de l'assurée est donc rejeté et la décision du 26 mai 2015 confirmée.

L'assurée ayant requis une révision de sa rente et vu l'issue de la cause, une invitation des parties à prendre position sur la confirmation de la décision attaquée par substitution de motif (cf. consid. 11) s'avère superflue.

16.

Conformément à l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure fixés à 400 francs sont mis à la charge de la recourante qui a succombé et sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par la recourante dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 10 et 11).

En outre, il n'est pas alloué de dépens, la recourante étant déboutée et l'OAIE n'y ayant pas droit en tant qu'autorité (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 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 26 mai 2015 confirmée.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge de la recourante et prélevés sur l'avance de frais du même montant versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...]; Recommandé; annexe pour complément du dossier : copie du rapport du 28 mai 2012 du Dr O. _____)
- 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 LTF [RS 173.110]). 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 :