



---

Cour III  
C-5983/2009

## Arrêt du 12 septembre 2012

---

Composition

Michael Peterli (président du collège),  
Daniel Stufetti, Vito Valenti, juges,  
Isabelle Pittet, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
représentée par Me Anne-Sylvie Dupont,  
place Pépinet 4, case postale 6919, 1002 Lausanne,  
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 (décision du 18 août 2009).

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissante espagnole, résidant au Portugal, mariée, a séjourné en Suisse depuis 1970 et y a travaillé dès 1976, en dernier lieu, soit dès décembre 1985, en qualité d'employée de restaurant (serveuse et lingère) pour l'entreprise X.\_\_\_\_\_ SA. Celle-ci a résilié le contrat de travail qui la liait à l'intéressée avec effet au 31 octobre 1991, après de fréquentes et longues absences de cette dernière (OAIE pces 1, 2, 6, 7, 11, 14).

**B.**

En date du 19 mai 1992, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse (OAIE pce 1). Divers renseignements ont été recueillis dans ce cadre (OAIE pces 6, 7, 9, 11 à 14; voir également arrêt du Tribunal administratif fédéral du 11 août 2008 [OAIE pce 111]). Il en a résulté une "fiche de prononcé AI", du 14 décembre 1992 (OAIE pce 15), qui fait état de troubles vertébraux mineurs, de polyinsertionite et d'un syndrome bilatéral du tunnel carpien. Il ressort de cette fiche de prononcé que l'intéressée doit être considérée comme ménagère à 50% et active à 50%, et qu'elle présente une invalidité de 100% dans une activité lucrative et de 77% dans les activités du ménage, soit une invalidité globale de 88%, fixée dès le 14 mars 1992 par la Commission de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (prononcé du 30 décembre 1992 [OAIE pces 17 à 20]). Par décision du 21 mai 1993, la caisse de compensation B.\_\_\_\_\_ a octroyé à l'intéressée une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 1992 (OAIE pce 21).

**C.**

Une première révision entreprise d'office en décembre 1993 a abouti au maintien du droit à la rente entière, par communication de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI VD) du 27 mars 1995 (OAIE pce 29). Se trouvent au dossier, dans ce cadre, un questionnaire pour la révision de la rente du 21 décembre 1993 (OAIE pce 23), un rapport du 28 février 1995 (OAIE pce 26) établi suite à une expertise effectuée, à la demande de l'OAI VD (OAIE pces 24, 25), par le Centre médical d'observation de l'assurance-invalidité (COMAI), lors de séjours les 25 octobre, 2 et 18 novembre 1994, ainsi qu'une prise de position du médecin de l'Office AI, du 16 mars 1995 (OAIE pces 27, 28), qui reprend les diagnostics et conclusions des experts du COMAI. Ces derniers ont retenu en particulier les diagnostics de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgies et de rachialgies sur troubles statiques et

dégénératifs (dorsaux et lombaires), et concluent à une incapacité totale dans toute activité professionnelle.

#### **D.**

Au cours d'une deuxième révision de rente, outre le questionnaire ad hoc rempli le 17 mars 1997 par l'intéressée (OAIE pce 34), ont été versés au dossier le rapport d'un bilan vasculaire des membres supérieurs et inférieurs, du 5 mai 1995 (Dr C.\_\_\_\_\_ [OAIE pce 30]), un rapport du 18 octobre 1995 établi suite à une tomographie par ordinateur du rachis lombaire (Dr D.\_\_\_\_\_ [OAIE pce 31]), le protocole d'une neurolyse et d'une transposition antérieure du nerf cubital au coude droit, pratiquées le 27 décembre 1995 (Dresse E.\_\_\_\_\_ [OAIE pce 33]), ainsi qu'un rapport intermédiaire du Dr W.\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 21 juin 1997 (OAIE pce 35). En date du 16 juillet 1997, l'OAI VD a communiqué à l'intéressée qu'elle continuait à recevoir les mêmes prestations qu'auparavant (OAIE pce 37; voir également fiche d'examen du dossier du 16 juillet 1997 qui fait état d'une situation demeurant inchangée [OAIE pce 36]).

#### **E.**

Suite au départ définitif de Suisse de A.\_\_\_\_\_ pour l'Espagne, à la fin juillet 1999, suivi d'un déménagement au Portugal à partir de novembre 1999 (OAIE pces 40 à 48), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), désormais compétent, a initié une nouvelle révision de rente dès octobre 2000 (OAIE pces 49 à 55). Ont été produits à la demande de l'OAIE:

- un rapport neurologique du 26 avril 2001 du Dr F.\_\_\_\_\_, lequel note les diagnostics de cervico-brachialgies sur hernie discale cervicale, discopathie L5-S1, syndrome du tunnel carpien et périarthrite scapulo-humérale (OAIE pce 59);
- un rapport médical du 7 mai 2001, établi par le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et conclut à une incapacité de travail de 25% (OAIE pce 58);
- un rapport médical du 4 juin 2001, établi par le médecin du service de vérification des incapacités de la sécurité sociale portugaise, le Dr H.\_\_\_\_\_, qui fait état des mêmes diagnostics que ceux retenus dans le rapport précité du Dr F.\_\_\_\_\_ et relève en particulier une

humeur dépressive; ce médecin conclut à une incapacité de travail supérieure à 50% (OAIE pce 60).

- le questionnaire pour la révision, du 31 juillet 2001, dans lequel l'intéressée affirme ne pas exercer d'activité lucrative (OAIE pce 57).

Dans son exposé du 19 septembre 2001, le Dr I.\_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE, reprend les diagnostics énumérés dans les rapports précités du 26 avril et 4 juin 2001, constate l'absence de changement dans l'état de santé de l'intéressée et confirme une incapacité de travail inchangée (OAIE pce 62). Par communication du 19 octobre 2001, l'OAIE a informé l'intéressée que son degré d'invalidité n'avait subi aucune modification (OAIE pce 64).

## **F.**

**F.a** Au mois de juillet 2005, l'OAIE a entrepris une quatrième procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de A.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 65). Ont été versés au dossier, dans ce cadre:

- un rapport orthopédique manuscrit et très peu lisible, du 9 septembre 2005, établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, orthopédiste et médecin traitant de l'intéressée (OAIE pce 73);
- un rapport psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2005, qui diagnostique un trouble anxieux généralisé et conclut à une incapacité de 15% (OAIE pce 74);
- le rapport E 213 établi le 20 octobre 2005 par le Dr H.\_\_\_\_\_, lequel fait état d'une hernie discale cervicale, d'une périarthrite au niveau des épaules, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré, d'une discopathie L5-S1 et d'anxiété; il conclut à une incapacité totale de travail (OAIE pce 75);
- le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 7 novembre 2005 (OAIE pce 72).

Dans sa prise de position du 17 février 2006 (OAIE pce 76, 77), le Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre et médecin conseil de l'OAIE, note le diagnostic d'anxiété généralisée et constate une amélioration manifeste du trouble somatoforme et de l'état dépressif. Il considère dès lors que l'incapacité de travail de l'intéressée est de 50% depuis le 12 septembre 2005 dans toute activité et de 5% dans l'activité ménagère, ce qu'il confirme à la

demande de l'OAIE dans une prise de position complémentaire du 25 mars 2006 (OAIE pce 79) et dans une note manuscrite du 3 mai 2006 (OAIE pce 81; incapacité de travail dans la dernière activité de 5% [recte: 50%]).

**F.b** Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAIE a adressé à l'intéressée un projet de décision du 12 juillet 2006, lui signifiant qu'à l'avenir, il n'existerait plus de droit à une rente d'invalidité (OAIE pce 82). Ce projet a été contesté par lettre du 24 juillet 2006 (OAIE pce 85), à laquelle étaient jointes deux écritures du même jour, rédigées par le Dr J.\_\_\_\_\_, (OAIE pce 84). Par la suite, l'intéressée a produit un nouveau rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, du 27 août 2006 (OAIE pce 86). Invité à prendre position sur les nouveaux documents produits, le Dr K.\_\_\_\_\_, dans sa réponse du 27 octobre 2006, a confirmé sa dernière prise de position (OAIE pce 88).

**F.c** Par décision du 14 novembre 2006, l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité versée à A.\_\_\_\_\_ à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007 (OAIE pce 90), décision que l'intéressée a contesté, par l'intermédiaire de Me Anne-Sylvie Dupont (recours du 22 décembre 2006), produisant cinq nouveaux documents médicaux, soit les résultats d'examens de la colonne cervicale et lombaire et du genou gauche (2 et 10 août 2006), et ceux d'une échographie abdominale (25 octobre 2006), ainsi qu'un certificat du Dr J.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2006 (OAIE pces 93 à 96, 98). Dans sa prise de position du 3 avril 2007 (OAIE pce 100), la Dresse L.\_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE, consultée dans le cadre de la procédure de recours, a constaté une nette amélioration sur le plan psychiatrique et un statu quo sur le plan ostéoarticulaire, les documents produits n'apportant pas d'élément nouveau; elle conclut à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité et de 50% dans une activité de substitution, et à une capacité à effectuer la plupart des activités ménagères.

L'intéressée a encore versé au dossier, par la suite, d'autres résultats d'examens de la colonne cervicale et lombo-sacrée (19 mars 2007) et du genou gauche (11 avril 2007), les résultats d'une neurographie (17 mai 2007; Dresse M.\_\_\_\_\_) et un rapport médical du 24 mai 2007 du Dr N.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, qui note en particulier une hernie discale C4-C5 (OAIE pces 103 à 108). A nouveau consultée, la Dresse L.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 27 septembre 2007 (OAIE pce 110), a maintenu ses observations et conclusions précédentes, précisant que la rente a été attribuée à l'époque essentiellement pour des raisons psychiatriques.

Dans son arrêt du 11 août 2008, le Tribunal administratif fédéral a d'une part constaté qu'il convenait, pour déterminer le degré d'invalidité, d'appliquer la méthode générale et non la méthode mixte, et a d'autre part estimé que les actes du dossier ne permettaient pas de connaître avec précision l'évolution des atteintes dont souffre l'intéressée et leur incidence sur la capacité de travail. Il a par conséquent renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle complète l'instruction, notamment par une expertise médicale pluridisciplinaire approfondie, et qu'elle applique la méthode générale (OAIE pce 111). Auparavant, par décision incidente du 18 avril 2007, le Tribunal administratif fédéral a confirmé le retrait de l'effet suspensif du recours.

## **G.**

**G.a** Dans le cadre de l'instruction complémentaire, l'OAIE a confié aux Drs O.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et expert principal, P.\_\_\_\_\_, psychiatre, spécialiste en psychosomatique, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en maladies rhumatismales, de la Clinique romande de réadaptation (CRR), le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire en Suisse, qui a eu lieu du 9 au 11 mars 2009 (OAIE pces 117, 125, 127). Celle-ci a donné lieu à un rapport de synthèse du 23 mars 2009 (OAIE pce 141), comprenant les résultats de l'examen mené le 9 mars 2009 par le Dr O.\_\_\_\_\_ et tenant compte de l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ (rapport du 10 mars 2009 [OAIE pce 139]), de l'expertise psychiatrique du Dr P.\_\_\_\_\_ (rapport du 23 mars 2009 [OAIE pce 140]), de l'évaluation en ateliers professionnels (rapport du 10 mars 2009 de R.\_\_\_\_\_ et du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin du travail [OAIE pce 137]) et de l'évaluation des capacités fonctionnelles (rapport de T.\_\_\_\_\_, physiothérapeute diplômée [OAIE pce 138]).

Dans ce rapport de synthèse, les Drs O.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux de lombalgies chroniques sur discarthrose L5-S1 et de cervicalgies chroniques avec discopathie protrusive C4-C5 et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, celui de syndrome somatoforme douloureux persistant. Ils concluent qu'en l'absence d'affection psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, seules des limites dans le domaine physique sont à prendre en considération et que dans une activité adaptée, avec des mesures d'épargne vertébrale, une capacité de travail entière est exigible; l'activité de lingère ne serait plus exigible depuis 1990.

**G.b** L'OAIE a soumis les résultats de l'expertise pluridisciplinaire de mars 2009 à l'appréciation de son service médical, en la personne de la Dresse L.\_\_\_\_\_. Celle-ci, dans sa prise de position du 20 avril 2009 (OAIE pce 145), a retenu une amélioration de l'état de santé psychiatrique et une situation sans changement notable, mais peu limitante sur le plan ostéoarticulaire. Elle a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations mises en évidence par les experts, et ce, dès le 12 mars 2009, l'incapacité restant toutefois entière dans l'activité habituelle.

Sur cette base, l'OAIE, le 11 mai 2009, a procédé à une comparaison des revenus en application de la méthode générale, mettant en évidence un taux d'invalidité de 18% dès le 12 mars 2009 (OAIE pce 148). Dans son projet de décision du 13 mai 2009, il a informé A.\_\_\_\_\_ que sa rente entière avait été supprimée avec raison à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007 (OAIE pce 150).

**G.c** En procédure d'audition, l'intéressée, par l'intermédiaire de sa représentante, a sollicité le maintien de sa rente entière, dans une écriture du 10 juillet 2009 (OAIE pce 156). Elle fait valoir en particulier que le rapport des experts de la CRR contient des inexactitudes et des contradictions, et qu'il n'est pas conforme aux instructions posées par le Tribunal administratif fédéral dans son arrêt du 11 août 2008. Elle produit trois nouveaux rapports médicaux, l'un du 18 juin 2009 de la Dresse U.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie (OAIE pce 155), un second, du 18 juin 2009 également, établi par le Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre (OAIE pce 153) et un troisième, du 26 juin 2009, du Dr J.\_\_\_\_\_, la rhumatologue et l'orthopédiste concluant à une incapacité de travail totale, le psychiatre, à une incapacité de 30%.

Consultée sur ces nouveaux documents et sur les allégations de l'intéressée, la Dresse L.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 3 août 2009 (OAIE pce 158), a déclaré qu'il n'y avait pas d'argument permettant de modifier son précédent avis.

Par décision du 18 août 2009 (OAIE pce 159), l'OAIE a constaté que c'était à juste titre que la rente d'invalidité de A.\_\_\_\_\_ avait été supprimée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**H.**

**H.a** Par acte du 18 septembre 2009 (TAF pce 1), A.\_\_\_\_\_ a formé recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Elle invite le Tribunal de céans, principalement, à réformer la décision litigieuse dans le sens qu'elle a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2007 et, subsidiairement, à annuler la décision du 18 août 2009 et à renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle décision. Elle requiert par ailleurs que soit ordonnée une expertise judiciaire, et sollicite, pour autant que de besoin, de pouvoir faire entendre des témoins. Elle demande enfin que l'effet suspensif soit restitué à son recours en tant qu'il concerne les prestations qui lui seraient dues pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 30 septembre 2009. La recourante reprend notamment les critiques formulées en procédure d'audition contre le rapport des experts de la CRR, et allègue par ailleurs que le respect de son droit d'être entendue n'a pas été garanti lors de la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire par l'OAIE. Elle fait encore valoir la péjoration de son état de santé et produit des documents déjà versés au dossier. Elle soutient également que la suppression de sa rente, pour autant qu'elle soit justifiée, ne pouvait prendre effet avant le 1<sup>er</sup> octobre 2009 et ne pouvait ainsi avoir un effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**H.b** Par décision incidente du 28 septembre 2009, le Tribunal administratif fédéral a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à Fr. 400.-, que la recourante a versée sur le compte du Tribunal dans le délai qui lui était imparti (TAF pces 3, 4, 7).

**H.c** Par décision incidente du 11 décembre 2009 (TAF pce 9), le Tribunal administratif fédéral a restitué l'effet suspensif au recours pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 30 septembre 2009.

**H.d** Invité à se déterminer sur le recours par le Tribunal de céans, l'OAIE dans sa réponse au recours du 12 février 2010 (TAF pce 14), a proposé l'admission partielle du recours et la modification de la décision attaquée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2009, le recours étant rejeté pour le surplus.

**H.e** Dans une réplique du 7 mai 2010 (TAF pce 18), la recourante, se référant au mémoire de recours du 18 septembre 2009, a déclaré maintenir l'intégralité des conclusions de son recours, ainsi que les mesures d'instruction requises. Elle insiste sur le fait qu'en 1993, son

incapacité de travail reconnue était de 100% et qu'elle était justifiée uniquement par des atteintes somatiques, qu'elle présenterait toujours en grand nombre, alors que l'OAIE limiterait l'analyse du cas au trouble somatoforme douloureux.

**H.f** Par duplique du 19 mai 2010 (TAF pce 20), l'autorité inférieure a réitéré les conclusions proposées dans sa réponse.

**H.g** Par ordonnance du 26 mai 2010 (TAF pce 21), le Tribunal administratif fédéral a transmis à la recourante un double de la duplique de l'OAIE.

### **Droit :**

#### **1.**

**1.1.** Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

**1.2.** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.3.** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

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

## 2.

**2.1.** La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable 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). Les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004, valables dans les relations entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, avec l'entrée en vigueur de l'annexe II révisée de l'ALCP, et qui remplacent les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72, ne sont pas applicables dans la présente procédure.

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 253 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 [RS 0.831.109.268.11]).

**2.2.** Il convient encore d'ajouter que le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à

la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 (voir notamment la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI [4<sup>e</sup> révision], entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004) et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, étant précisé que pour le maintien du droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, objet du présent litige, l'application du nouveau droit n'aurait en l'espèce aucune incidence sur l'issue de la cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_972/2009 du 27 mai 2010 et 9C\_138/2011 du 6 mai 2011, desquels il ressort que l'art. 31 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ne trouve pas application dans des constellations où l'assuré, au moment déterminant, n'exerce pas d'activité lucrative, respectivement ne met pas pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail). Les dispositions de la 6<sup>e</sup> révision (premier volet) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659; FF 2010 1647) ne sont pas applicables. Compte tenu du fait que la présente procédure de révision a été ouverte en juillet 2005 (voir supra let. F ss), les dispositions citées ci-après sont, sauf indication contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

### **3.**

Au niveau formel, la recourante, faisant valoir que le respect de son droit d'être entendue n'a pas été garanti, se plaint de ne pas avoir été consultée sur le choix des experts dans le cadre de l'instruction complémentaire, et de ne pas avoir reçu le questionnaire qui leur était adressé, avec la possibilité de formuler des questions complémentaires.

**3.1.** Le droit d'être entendu, droit à caractère formel inscrit à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ANDREAS AUER/GIORGIO MALINVERNI/MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2e éd., Berne 2006, n. 1346; ATF 134 V 97), comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (art. 26 à 33 et 35 PA; art. 42 et 52 al. 2 LPGA; ANDRÉ GRISEL, Traité de droit administratif, Neuchâtel 1984, vol. I et II, p. 380 ss et 840 ss).

**3.2.** Au-delà des garanties minimales de l'art. 29 al. 2 Cst., le droit de l'assuré de collaborer lors de la mise en œuvre d'une expertise médicale dans la procédure d'instruction en matière d'assurances sociales est réglé à l'art. 44 LPGGA. Ce dernier prévoit que lorsque l'administration confie un mandat à un expert indépendant, elle doit donner connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

Le Tribunal fédéral a récemment confirmé à cet égard, dans un arrêt du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), l'indépendance des COMAI face à l'administration (consid. 1.3; ATF 132 V 376 consid. 6.2). Or en l'espèce, l'OAIE, suivant en cela les exigences du Tribunal de céans dans son arrêt du 11 août 2008, a confié le mandat d'expertise pluridisciplinaire à la CRR, fonctionnant en tant que COMAI (voir réponse de l'autorité inférieure du 12 février 2010), soit en tant qu'expert indépendant. Il s'avère dès lors que l'art. 44 LPGGA s'applique à ce mandat d'expertise et que les droits de participation qu'il confère à l'intéressée doivent être respectés.

**3.3.** Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque le mandat d'expertise est confié à un centre d'expertise, le nom des experts appelés à collaborer concrètement à l'expertise, ainsi que leur spécialisation, doivent être communiqués préalablement à l'assuré, par l'Office AI s'il est en mesure de le faire au moment où il confie le mandat au COMAI, ou, plus tard, par ce dernier, mais de sorte à ce que l'intéressé puisse faire valoir ses objections éventuelles avant que n'ait lieu l'expertise (ATF 132 V 376).

Si, à cet égard, la jurisprudence du Tribunal fédéral est demeurée constante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.1.4), il n'en va pas de même du droit de l'assuré de s'exprimer préalablement sur les questions posées à l'expert par l'administration. En effet, avant l'entrée en vigueur de la LPGGA, l'Office AI n'était pas tenu d'accorder à l'assuré un droit de participation lors de la formulation des questions posées aux experts; il suffisait, pour que la garantie minimale de l'art. 29 al. 2 Cst. soit respectée, que l'occasion soit donnée à l'assuré de s'exprimer sur l'expertise après que celle-ci a eu lieu. Après l'entrée en vigueur de la LPGGA le 1<sup>er</sup> janvier 2003, le Tribunal fédéral a dans un premier temps confirmé cette solution, estimant que le droit de collaborer lors de la mise en œuvre d'une expertise médicale dans la procédure d'instruction était réglé de manière exhaustive à l'art. 44 LPGGA, en ce sens que la loi ne conférait pas à l'assuré le droit de s'exprimer préalablement sur les questions posées à l'expert par l'administration; les droits de la personne

assurée étaient considérés comme préservés aussi longtemps que celle-ci pouvait, dans le cadre du droit d'être entendu, se prononcer sur le résultat de l'administration des preuves et demander l'administration de preuves pertinentes (ATF 133 V 446 consid. 7). Toutefois, dans son arrêt du 28 juin 2011, la Haute Cour a modifié sa jurisprudence et jugé qu'il convient dorénavant d'accorder à la personne assurée le droit de s'exprimer préalablement sur les questions posées aux experts. Par conséquent, les Offices AI doivent désormais, en même temps que le mandat d'expertise, soumettre à l'assuré pour prise de position le catalogue des questions qu'ils prévoient d'adresser aux experts (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2, en particulier consid. 3.4.2.9).

**3.4.** En l'espèce, la recourante ne peut soutenir qu'elle n'a pas été régulièrement informée et consultée sur le choix des experts, puisque, suite au mandat d'expertise confié le 25 novembre 2008 par l'OAIE à la CRR (OAIE pce 117), cette dernière, par courrier du 31 décembre 2008 (OAIE pce 125), soit bien avant l'expertise prévue en mars 2009, a communiqué à l'intéressée, outre la date de l'expertise, le nom et la spécialité de chaque expert appelé à l'examiner. Par la suite, l'OAIE a encore adressé à la représentante de la recourante un courrier, du 6 janvier 2009, lui indiquant notamment la date de l'expertise et le fait que cette expertise aurait lieu auprès de la CRR (OAIE pce 127). Ainsi, la recourante avait tout loisir, avant la tenue de l'expertise, de contester le choix fait par l'autorité inférieure à cet égard.

S'agissant par contre des questions posées par l'OAIE aux médecins de la CRR dans le cadre de l'expertise qui leur a été confiée, il apparaît que celles-ci, figurant dans le mandat d'expertise du 25 novembre 2008 remis à la CRR, n'ont pas été communiquées au préalable à la recourante, qui n'a pu ni se prononcer à leur sujet, ni formuler des questions complémentaires. On ne saurait toutefois reprocher à l'OAIE, qui ne pouvait les connaître, de ne pas avoir en l'occurrence respecté les exigences ressortant de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, dans la mesure où ces exigences n'étaient pas encore applicables lorsque le mandat d'expertise a été confié à la CRR. Par ailleurs, l'OAIE a agi conformément à l'ancienne jurisprudence de la Haute Cour, puisqu'il a transmis à la recourante, en date du 29 avril 2009, le rapport d'expertise de la CRR (OAIE pce 146), laquelle recourante a pu s'exprimer à ce sujet. En outre, le Tribunal fédéral a précisé, dans son arrêt du 28 juin 2011, que le principe selon lequel les nouvelles règles de procédure sont immédiatement applicables ne signifie pas que les expertises demandées avant le 28 juin 2011, comme en l'espèce, ont perdu leur valeur probante

(ATF 137 V 210 consid. 6). Il convient donc d'examiner le cas d'espèce dans sa globalité.

#### 4.

Sur le plan matériel, le litige porte sur la suppression d'une rente entière d'invalidité par voie de révision dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

#### 5.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI – selon laquelle 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 en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

#### 6.

**6.1.** La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

**6.2.** Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, 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. D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge 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. A cet égard, 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 bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient 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. 3a et les références).

Le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en matière d'appréciation des preuves. En particulier, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. Par ailleurs, au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3c/cc et les réf. cit.). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). Il n'en va différemment que si les médecins mandatés par l'assuré font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 et 9C\_101/2010 du 5 août 2010 consid. 3.3.3).

**6.3.** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

## **7.**

La jurisprudence a en outre dégagé, au cours de ces dernières années, un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352, ATF 131 V 50) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65). Selon cette jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3, ATF 131 V 49 consid. 1.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une

exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact.

## **8.**

**8.1.** Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a). En présence d'un changement notable de l'état de fait, il convient de réexaminer le droit à la rente sous tous ses aspects aussi bien en ce qui concerne le droit que les faits, sans être lié par la décision d'octroi de rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_72/2010 du 17 juin 2010 consid. 2).

**8.2.** Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1, ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71

consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 125 V 368 consid. 2 et les références). Une simple communication à l'assuré confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences exposées par la jurisprudence susmentionnée (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_747/2011 du 9 février 2012 consid. 4.1, 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2, 9C\_771/2009 du 10 septembre 2010 consid. 2.2, 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1).

**8.3.** En l'espèce, suite à la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité à la recourante, fondée, ainsi que le relève à juste titre cette dernière, essentiellement sur des affections physiques (OAIE pce 15), trois communications, du 27 mars 1995, du 16 juillet 1997 et du 19 octobre 2001, ont été adressées à l'intéressée par l'administration. Or, il apparaît que la communication du 27 mars 1995 a été le résultat d'une première procédure de révision de la rente, au cours de laquelle l'OAI VD, considérant que les éléments objectifs mis à sa disposition (rapports neurologique et radiologique) permettaient difficilement d'admettre une incapacité de 100%, a jugé nécessaire de requérir des examens approfondis de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de travail, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire effectuée par le COMAI en octobre et novembre 1994 (OAIE pces 24, 25). Celle-ci a donné lieu à un rapport d'expertise, du 28 février 1995 (OAIE pce 26), lequel comprend une anamnèse familiale, socio-professionnelle, médicale et systématique, ainsi que les résultats d'exams neurologique, ostéo-articulaire, rhumatologique et psychiatrique, prend en considération les plaintes exprimées par l'intéressée et contient des conclusions dûment motivées. Le service médical AI s'est ensuite prononcé sur ce rapport (OAIE pce 28), sur lequel il s'est finalement fondé pour conclure à une incapacité de travail inchangée, à savoir totale, mais désormais principalement en raison d'atteintes psychiques et non pas en raison de troubles somatiques. Les deux communications ultérieures s'avèrent par contre n'être que des confirmations formelles du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, suite au constat, par les services de l'OAI VD, puis de l'OAIE, d'une situation demeurée inchangée, constat basé sur quelques rapports de médecins traitants de l'intéressée et d'un médecin de la sécurité sociale portugaise, sans que n'aient été entreprises d'investigations additionnelles (OAIE pces 30, 31, 33, 35 à 38, 53, 58 à 60, 62, 64).

Il convient donc de considérer la communication du 27 mars 1995 comme une décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente (arrêt du

Tribunal administratif fédéral C-8552/2007 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 3.3). Par conséquent, à la différence de ce qui a été fait dans l'arrêt du Tribunal de céans du 11 août 2008, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification devra être jugée dans la présente affaire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la communication du 27 mars 1995 et ceux qui ont existé jusqu'au 18 août 2009, date de la décision litigieuse supprimant la rente, le Tribunal administratif fédéral ayant cassé celle du 14 novembre 2006 pour complément d'instruction et prise d'une nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4).

## 9.

Il ressort du dossier que, en son temps, l'administration a octroyé une rente entière d'invalidité à la recourante pour des raisons principalement psychiques. Ainsi, le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi par le COMAI en date du 28 février 1995 (OAIE pce 26) retenait les diagnostics de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgies et rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs (dorsaux et lombaires), et de status après résection du ménisque externe gauche en 1973, après laparoscopie pour douleurs abdominales chroniques en 1980, après incision de thrombose hémorroïdaire en 1989, après cure de hernie inguinale droite en 1989, après cure du tunnel carpien droit en 1991 et après cure de tunnel carpien gauche avec neurolyse du nerf cubital au coude gauche et épitrochlectomie en 1993. Les experts relevaient, sur le plan ostéo-articulaire, essentiellement des douleurs aux insertions tendineuses et une limitation de la flexion antérieure de la colonne lombaire; ils indiquaient que les examens radiologiques pratiqués précédemment ne mettaient en évidence que quelques troubles statiques et dégénératifs du rachis dorso-lombaire, soit en particulier une spondylarthrose L5-S1 et une spondylose (de D4 à D8). Au niveau neurologique, ils observaient notamment une hypoesthésie globale du membre supérieur gauche, un Tinel positif aux deux poignets et de discrets lâchages au testing musculaire, tandis que la consultation rhumatologique concluait à un syndrome polyalgique idiopathique diffus prédominant sur la colonne cervico-dorso-lombaire et au bassin, et à des signes de douleurs non organiques. Enfin, au niveau psychiatrique, les experts constataient un état dépressif. Ils concluaient à une incapacité totale dans la dernière profession comme dans une quelconque autre activité professionnelle en raison des troubles somatoformes douloureux et de l'état dépressif, et notaient le peu d'importance des troubles statiques et dégénératifs du rachis dorso-lombaire. Le médecin de l'Office

AI, dans sa prise de position du 16 mars 1995 (OAIE pces 27, 28), reprenait tant les diagnostics que les conclusions des experts du COMAI.

## **10.**

**10.1.** Dans la présente procédure de révision, le Tribunal administratif fédéral a jugé que les actes d'instruction ayant abouti à la décision du 14 novembre 2006 étaient insuffisants pour se prononcer valablement sur l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée et a renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle soumette la recourante à une nouvelle expertise, pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique, psychiatrique). L'autorité inférieure a confié sa réalisation à la CRR, soit aux Drs O.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et expert principal, P.\_\_\_\_\_, psychiatre, spécialiste en psychosomatique, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en maladies rhumatismales. La recourante a également été soumise, lors de l'expertise à la CRR, à une évaluation en ateliers professionnels et à une évaluation de ses capacités fonctionnelles.

**10.1.1.** Dans un rapport du 10 mars 2009 (OAIE pce 139), faisant suite à un examen rhumatologique de la recourante du même jour, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux de lombalgies chroniques, discopathie modérée L4-L5 et discarthrose L5-S1, dont il précise qu'elles sont bien mises en évidence sur les documents d'imagerie détaillés dans le rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ et qu'elles sont peu évolutives au fil du temps; au niveau cervical, il observe une discopathie C4-C5. Il mentionne également que l'intéressée se plaint de douleurs généralisées, essentiellement du rachis cervical et lombaire, des épaules, des coudes et des poignets, ainsi que des genoux et des pieds, et constate qu'il existe un hiatus entre la plainte douloureuse et le handicap perçu d'une part, et les constatations objectives d'autre part. Sur la base de ces observations, il conclut que sur le plan strict de l'appareil locomoteur, l'incapacité de travail ne saurait dépasser 20%, y compris dans l'activité habituelle de lingère, l'avis psychiatrique à cet égard étant réservé.

**10.1.2.** Parallèlement, le Dr P.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 23 mars 2009 (OAIE pce 140) faisant suite à un examen psychiatrique du 11 mars 2009, a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, considérant qu'il reste justifiable, même si le degré de détresse perçu est léger. Il expose que le tableau clinique actuel est celui d'une personne décrivant des douleurs persistantes, avec une discordance entre les éléments somatiques susceptibles de les expliquer et l'intensité des

plaintes. Il précise en outre qu'on ne trouve pas d'éléments pour un trouble thymique, si ce n'est, lors d'exacerbations douloureuses, quelques symptômes anxio-dépressifs aspécifiques, ni pour un trouble de la personnalité. Il qualifie ainsi le syndrome douloureux somatoforme persistant de modéré et conclut qu'il n'a pas de valeur incapacitante au sens des critères actuels.

**10.1.3.** Dans le rapport d'évaluation en ateliers professionnels du 10 mars 2009 (OAIE pce 137), établi suite à une observation de deux jours, les 9 et 10 mars 2009, R.\_\_\_\_\_ et le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin du travail, ont noté la bonne collaboration de l'intéressée aux tests proposés, son aptitude à appliquer sans difficulté le mode d'emploi fourni et à s'organiser pour achever le travail dans le temps prescrit, ainsi que la bonne qualité de son travail en général. Ils observent par ailleurs que la recourante alterne régulièrement les positions et que le rendement du travail est globalement plus faible que la moyenne. En conclusion, ils estiment qu'elle est capable d'adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position de travail.

**10.1.4.** Quant aux capacités fonctionnelles, elles ont été évaluées le 10 mars 2009 par T.\_\_\_\_\_, physiothérapeute diplômée, qui indique notamment, dans son rapport d'évaluation (OAIE pce 138), une boiterie lors du test marche rapide, un essoufflement de type "dyspnée" accompagné par une douleur lors des tests d'accroupissements répétés et de tirer/pousser en dynamique, et des plaintes spontanées de douleurs. Elle constate en outre que la volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et que le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été faible.

**10.1.5.** Enfin, dans le rapport de synthèse du 23 mars 2009 (OAIE pce 141), comprenant également les observations du Dr O.\_\_\_\_\_ suite à l'examen de l'intéressée mené le 9 mars 2009, ce médecin a exposé qu'il était toujours fait état de douleurs généralisées, les documents radiologiques versés aux actes montrant par ailleurs que les choses n'avaient guère changé au fil du temps, puisque l'on retrouve, en L5-S1, une discarthrose un peu aggravée au cours des années, en C4-C5, une discopathie protrusive médio-latérale droite, toutefois sans conflit radiculaire évident, et au niveau des épaules et du genou gauche, l'absence d'altération particulière, les examens révélant avant tout quelques lésions de chondropathie fémoro-patellaire. Le Dr O.\_\_\_\_\_ indique qu'il existe ainsi toujours une discordance majeure entre les

plaintes subjectives très importantes et les constatations cliniques et radiologiques discrètes, l'intéressée adoptant en outre, lors de l'examen, un comportement algique notable, avec, comme le Dr Q. \_\_\_\_\_ l'a également constaté, d'indiscutables incohérences. Sur la base de ces constats, les trois experts consultés, les Drs O. \_\_\_\_\_, Q. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, ont retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux de lombalgies chroniques sur discarthrose L5-S1 (CIM-10: M 54.5) et de cervicalgies chroniques avec discopathie protrusive C4-C5 (CIM-10: M 54.2), et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, celui de syndrome somatoforme douloureux persistant (CIM-10: F 45.4). Ils concluent qu'en l'absence d'affection psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, seules des limites dans le domaine physique sont à prendre en considération et que dans une activité adaptée, avec des mesures d'épargne vertébrale, à savoir un travail en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 10 kg et sans travaux lourds, une capacité de travail entière est exigible; l'activité de lingère, par contre, ne le serait plus depuis 1990.

**10.2.** Dans sa prise de position du 20 avril 2009, qu'elle confirme le 3 août 2009 en procédure d'audition, la Dresse L. \_\_\_\_\_, médecin conseil de l'OAIE, a repris à son compte les conclusions des experts de la CRR. Elle note que le syndrome douloureux somatoforme est actuellement décrit comme modéré et n'a pas de valeur incapacitante, en l'absence d'état dépressif même léger associé, et que sur le plan ostéoarticulaire, la situation est sans changement notable mais peu limitante. Elle conclut donc à une amélioration de l'état de santé par rapport à l'expertise du COMAI en 1995 et à une capacité de travail entière dès le 12 mars 2009 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qu'elle qualifie de faibles, énoncées par les experts, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle étant toujours de 100%. L'administration s'est basée sur l'expertise précitée ainsi que sur l'appréciation de son service médical et sur la comparaison des revenus effectuée le 11 mai 2009 pour justifier dans un premier temps, dans la décision dont est recours (qui reprend le projet de décision du 13 mai 2009), la suppression de la rente avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Puis, dans un second temps, elle a, dans sa réponse du 12 février 2010, proposé l'admission partielle du recours et la modification de la décision attaquée en ce sens que la rente entière est maintenue jusqu'au 30 septembre 2009 et supprimée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009 (premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 18 août 2009). La recourante conteste ce point de vue en déniait toute valeur probante à

l'expertise de la CRR et demande que la décision litigieuse soit réformée dans le sens qu'elle a droit à une rente entière au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

## 11.

Le Tribunal de céans prend position comme suit.

**11.1.** Force est de constater tout d'abord que l'expertise réalisée par les Drs O.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, de même que par le Dr S.\_\_\_\_\_ et par T.\_\_\_\_\_, a été effectuée par un chirurgien orthopédique, un rhumatologue et un psychiatre spécialiste en psychosomatique, ainsi que par un médecin du travail et une physiothérapeute, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressée. De plus, cette mesure d'instruction revêt un caractère interdisciplinaire dès lors qu'outre les rapports établis par chacun des experts dans sa spécialité, il a été rédigé un rapport de synthèse tenant compte des divers observations et avis des experts, pour aboutir à une conclusion unique, tant sur les aspects médicaux que sur la capacité de travail de la recourante (OAIE pce 141 p. 9 ss), ce qui renforce la valeur probante de l'appréciation des médecins de la CRR. Finalement le rapport d'expertise du 23 mars 2009, tout comme les rapports rhumatologique et psychiatrique, a été fait en connaissance de l'anamnèse, se base sur des examens circonstanciés, prend en considération les plaintes exprimées par l'intéressée, dresse un tableau global cohérent et contient des conclusions claires et dûment motivées.

Certes, ainsi que le relève la recourante, le rapport de synthèse et le rapport rhumatologique indiquent que le mari de la recourante a 63 ans (OAIE pce 139 p. 2; OAIE pce 141 p. 4), alors que celui-ci est né en 1963 (le rapport psychiatrique ne s'y trompe pas: OAIE pce 140 p. 3 en haut). Par ailleurs, l'affirmation du Dr Q.\_\_\_\_\_ selon laquelle la brûlure observée à la base du pouce droit de l'intéressée résulterait de la préparation de repas (OAIE pce 139 p. 4; OAIE pce 141 p. 9, 10) paraît quelque peu assertive et ne saurait faire par elle-même la preuve d'une discordance entre les propos de la recourante et la réalité des faits. Il en est de même de l'allégation selon laquelle l'intéressée aurait fait le trajet entre l'hôtel et la CRR à pied, sans formuler de plainte (OAIE pce 137 dernière page). Toutefois, cela ne permet aucunement de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise, celles-ci étant basées sur des observations cliniques et appréciations médicales autrement convaincantes. De même, le fait que contrairement à ce que rapporte le

Dr O.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 141 p. 6), la recourante n'aurait pas pu s'accroupir pour enlever chaussures et chaussettes, n'ayant pas réussi à exécuter ce mouvement depuis des années, et le fait que, à la différence de ce qu'affirme le Dr Q.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 139 p. 4), elle ne pourrait plus conduire de voiture depuis longtemps, ne suffisent pas à mettre en doute la pertinence des conclusions des experts. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante qui sollicite l'audition de témoins pour prouver ses déclarations (voir supra consid. 6.3).

L'intéressée reproche en outre aux experts de ne pas avoir examiné quelles professions elle pourrait encore exercer, alors que le Tribunal de céans avait requis cet examen dans son arrêt du 11 août 2008; elle estime que le rapport d'expertise est insuffisant sur ce point. Or, ainsi que l'autorité inférieure l'a relevé dans la décision dont est recours, les experts ont précisément exposé les limitations fonctionnelles propres à la recourante, ce qui a permis au service médical de l'OAIE de déterminer différents types d'activités de substitution, compatibles avec les restrictions fonctionnelles qui, au demeurant, autorisent une grande variété d'activités.

Enfin, il apparaît parfois, à la lecture des rapports des experts, une confusion quant à la date de la première expertise pluridisciplinaire du COMAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, en particulier, datant cette expertise de 1992 au lieu de 1995, tandis qu'un passage du rapport de synthèse, tout en datant correctement l'expertise du COMAI, laisse penser que la décision initiale d'octroi de la rente entière aurait reposé sur cette expertise. Cette confusion n'est cependant pas de nature à invalider les conclusions des experts de la CRR ou à en atténuer la pertinence, puisque d'une part, la rente entière a été maintenue sur la base de l'expertise du COMAI et que d'autre part, il s'agit précisément, dans la présente affaire, d'examiner la situation de l'intéressée en la comparant à celle qui existait lors de l'expertise du COMAI.

Au vu de ce qui précède, il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation des Drs O.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_.

**11.2.** Il appert ensuite que la documentation médicale versée au dossier concernant la période antérieure à mars 2009, moment où l'intéressée a été examinée par les experts de la CRR, n'est pas de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions des praticiens précités.

**11.2.1.** Ainsi en est-il du rapport du 18 octobre 1995 du Dr D.\_\_\_\_\_, établi suite à une tomographie par ordinateur du rachis lombaire (OAIE pce 31), du protocole opératoire de la neurolyse et de la transposition antérieure du nerf cubital au coude droit, pratiquées le 27 décembre 1995 par la Dresse E.\_\_\_\_\_, (OAIE pce 33), des rapports de la tomographie de la colonne cervicale et lombaire du 2 août 2006 (OAIE pces 94, 95) et du genou gauche, du 10 août 2006 (OAIE pce 96), ainsi que de l'échographie abdominale du 25 octobre 2006 (OAIE pce 93), des rapports d'examens par résonnance magnétique de la colonne cervicale et lombo-sacrée, du 19 mars 2007 (OAIE pces 107, 108), et du genou gauche, du 11 avril 2007 (OAIE pce 103), et du rapport de la neurographie du 17 mai 2007 (OAIE pces 104, 105), qui se limitent à exposer les résultats d'examens et à poser, sans les étayer, des diagnostics qui confirment que l'intéressée souffre de troubles au niveau du rachis, du genou gauche et des membres supérieurs, en particulier le tunnel carpien droit. Ces documents ne contiennent aucune analyse des éléments médicaux qu'ils observent au regard de la capacité de travail, ni ne se prononcent sur une éventuelle modification de l'état de santé de la recourante. Ils ne sauraient dès lors remettre en question les conclusions de l'expertise de mars 2009, ce d'autant plus que cette documentation, ou les faits qu'elle relate, ont été portés à la connaissance des médecins de la CRR, comme le montre en particulier l'énumération qui en est faite dans le rapport de synthèse du 23 mars 2009 (OAIE pce 141 p. 7, 8). Ces médecins en ont ainsi tenu compte au cours de leurs examens, pour arriver à la conclusion qu'à cet égard, l'état de santé de la recourante avait peu évolué (OAIE pce 141 p. 9) et que seules les lombalgies chroniques sur discarthrose L5-S1 et les cervicalgies chroniques avec discopathie protrusive C4-C5 avaient une répercussion sur la capacité de travail (OAIE pce 141 p. 8). La recourante soutient à ce propos, dans son mémoire de recours, que l'historique des examens radiologiques montre clairement une aggravation de son état de santé; elle fait valoir que le rapport d'IRM lombaire (recte: cervical) du 19 mars 2007 serait cité de manière incomplète par les experts puisqu'il documente notamment une volumineuse hernie discale en C4-C5, dont ne feraient pas état les médecins de la CRR. Or, il sied de relever, comme le note la Dresse L.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 3 août 2008, que rien ne permet de douter de la capacité des experts de la CRR de lire les images qui leur ont été soumises et d'apprécier la gravité des atteintes et leur évolution, les Drs O.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ étant des spécialistes en chirurgie orthopédique et rhumatologie; il y a lieu de souligner par ailleurs que ces experts n'ont pas nié toute péjoration de l'état somatique de

l'intéressée puisqu'ils notent une aggravation de la discartrhose en L5-S1, qu'ils qualifient néanmoins de légère (OAIE pce 141 p. 9).

Il en va du rapport du bilan vasculaire des membres supérieurs et inférieurs du 5 mai 1995 du Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien (OAIE pce 30), comme des documents précités, ce médecin se contentant d'indiquer le résultat de l'examen mené, soit une acro-cyanose bilatérale, à propos de laquelle il précise d'ailleurs qu'elle est une affection bénigne et sans conséquence. Il en est ainsi également du rapport neurologique du 26 avril 2001 du Dr F.\_\_\_\_\_, (OAIE pce 59), qui se limite à énumérer des diagnostics que les experts de la CRR n'ont au demeurant pas méconnus, et à noter que l'examen neurologique est normal, à l'exception d'un syndrome radiculaire L5-S1 fruste. Enfin, le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, du 24 mai 2007 (OAIE pce 106), très succinct, fait certes état de cervicalgies incapacitantes, mais sans préciser plus avant le degré d'incapacité, ni en quoi elle consiste.

**11.2.2.** Parmi les praticiens qui se sont prononcés sur la capacité de travail de la recourante, le Dr W.\_\_\_\_\_, dans un rapport intermédiaire du 21 juin 1997 (OAIE pce 35), pose les diagnostics de troubles fonctionnels multiples, de polyinsertionite chronique, de douleurs lombaires sur troubles statiques et discopathies, surtout en L5-S1, d'acro-cyanose des extrémités supérieures, de status douloureux après opération du tunnel carpien à gauche, puis neurolyse et transposition du nerf cubital au coude droit, de douleurs abdominales et d'état anxieux chronique; il conclut à une incapacité de travail de 100%. Ce rapport n'est toutefois pas de nature à remettre en question les conclusions des experts de la CRR. En effet, outre qu'il est sommaire et date de 1997, il a été établi par le médecin traitant de la recourante lorsque celle-ci résidait en Suisse, par ailleurs médecin généraliste. Or, ainsi que l'a exposé le Tribunal fédéral, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire, à moins qu'il soit fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés par les experts et qui sont assez pertinents pour remettre en cause les conclusions de ces experts, ce qui n'est pas le cas du rapport du Dr W.\_\_\_\_\_, (voir supra consid. 6.2).

Les mêmes remarques s'appliquent aux rapports, toutefois plus récents, du médecin traitant de la recourante au Portugal, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, qui indique qu'il suit la recourante depuis l'établissement de cette dernière dans ce pays (OAIE pce 86). Dans ces

rapports, le premier datant du 27 août 2006 (OAIE pce 86), repris pour l'essentiel par le second, du 18 décembre 2006 (OAIE pce 98), les écritures des 9 septembre 2005 et 24 juillet 2006 (OAIE pces 73, 84), manuscrites, s'avérant très peu lisibles, le Dr J.\_\_\_\_\_ fait état d'une hernie discale cervicale, d'une périarthrite scapulo-humérale, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral et d'une discopathie L5-S1. Il y mentionne également une dégradation progressive au niveau psychologique et affirme que l'intéressée, les dernières années, est en traitement psychiatrique et orthopédique, sans pour autant qu'une amélioration significative puisse être constatée. Il conclut en mentionnant que la sécurité sociale portugaise aurait évalué à 100% l'incapacité de la recourante dans l'exercice de son activité habituelle. Il convient de faire à l'égard de ces rapports les remarques suivantes. Tout d'abord, s'agissant des troubles somatiques constatés par le Dr J.\_\_\_\_\_, il sied de noter là encore qu'ils n'ont pas été ignorés par les médecins de la CRR, qui ont eu accès aux documents d'imagerie (voir supra consid. 11.2.1). Par ailleurs, le Dr J.\_\_\_\_\_ étant spécialiste en orthopédie et non pas en psychiatrie, ses observations quant aux atteintes psychologiques ne sauraient avoir la valeur de celles d'un spécialiste, ce à quoi s'ajoute le fait que le Dr G.\_\_\_\_\_, justement psychiatre, a souligné, dans ses rapports du 7 mai 2001 (OAIE pce 58) et du 12 septembre 2005 (OAIE pce 74), l'absence de suivi psychiatrique, ce que confirme le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise psychiatrique (OAIE pce 140 p. 3). Enfin, le constat d'un statu quo au niveau somatique est partagé par les experts de la CRR, de même que celui d'une incapacité de 100% dans l'exercice de l'activité habituelle.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin du service de vérification des incapacités de la sécurité sociale portugaise, s'est également prononcé quant à la capacité de travail de la recourante, dans deux rapports, l'un du 4 juin 2001 (OAIE pce 60), l'autre du 20 octobre 2005 (E 213 [OAIE pce 75]). Il y mentionne les mêmes atteintes somatiques que le Dr J.\_\_\_\_\_, auxquelles il ajoute, dans le E 213, le diagnostic d'anxiété (à propos duquel il renvoie à un rapport psychiatrique qui est sans nul doute celui du Dr G.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2005 [OAIE pce 74]); il estime, dans son premier rapport, que l'incapacité de travail de l'intéressée est supérieure à 50%, précisant par ailleurs que cette dernière est capable d'exercer une activité rémunérée, mais conclut plus tard, dans le E 213, à une incapacité totale de travail, dans le dernier emploi dans une blanchisserie comme dans toute autre activité, sans possibilité d'amélioration (OAIE pce 75). Il y a lieu de noter à l'égard de ces deux rapports que tant celui du 4 juin 2001, qui constitue au demeurant un

indice d'amélioration de l'état de santé de la recourante, quoique dans une moindre mesure que ce que constatent les médecins de la CRR, que le E 213, sont bien moins motivés et complets que les rapports de la CRR de mars 2009. En particulier, le Dr H.\_\_\_\_\_ ne donne pas d'explications, ni de précisions quant à sa conclusion selon laquelle la recourante pourrait exercer une activité rémunérée, mais à moins de 50%; il ne décrit pas non plus de limitations fonctionnelles, ni ne dit pourquoi, alors qu'il retient, dans ses deux rapports, les mêmes diagnostics, mis à part l'anxiété, il estime que l'incapacité de travail de l'intéressée est devenue totale en 2005. Ces deux documents ne sauraient dès lors équivaloir à un rapport d'expertise.

Enfin, au niveau psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a lui aussi pris des conclusions quant à la capacité de travail de la recourante. Tout comme les experts de la CRR, il diagnostique, dans son premier rapport du 7 mai 2001 (OAIE pce 58), un trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10: F 45.4) et conclut, d'un point de vue psychiatrique et selon les tables portugaises, à une incapacité de travail de 25%, constatant ainsi une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante, qu'il confirme par la suite, dans un second rapport du 12 septembre 2005 (OAIE pce 74). Il y pose le diagnostic de trouble anxieux généralisé (CIM-10: F 41.1) et estime l'incapacité de travail à 15%. La recourante fait remarquer à cet égard que le Dr G.\_\_\_\_\_ a écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ce qui était la raison qui justifiait la prétendue amélioration de l'invalidité d'un point de vue psychiatrique; ainsi, si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, posé par les médecins de la CRR, devait être retenu, ce serait la preuve que l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ était erroné et que l'état de santé psychiatrique de l'intéressée ne s'est pas amélioré, ce qui remettrait en cause le rapport d'expertise et la révision de la rente. Il convient tout d'abord de souligner que si le second diagnostic du Dr G.\_\_\_\_\_ et celui retenu par les experts ne sont pas identiques, leurs conclusions quant à une amélioration de la capacité de travail de l'intéressée concordent. Or, comme le souligne le Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail. Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle dans ce contexte plutôt secondaire, un diagnostic étant une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (ATF 132 V 65 consid. 3.4). Ensuite,

c'est précisément pour expliciter une situation qu'il jugeait peu claire en raison d'un dossier médical lacunaire et confus que le Tribunal de céans a renvoyé l'affaire à l'administration pour la mise en œuvre d'une expertise. Les experts s'étant clairement prononcé au niveau psychiatrique dans un rapport présentant pleine valeur probante, l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, antérieur à ce rapport et moins fondé, ne saurait suffire à remettre en cause un constat d'amélioration que, par ailleurs, ce praticien observe lui aussi.

Il sied enfin d'ajouter, s'agissant des rapports du Dr J.\_\_\_\_\_ et du rapport E 213, comme cela a été dit ci-dessus concernant le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2005, qu'ils ont été produits au cours de la procédure initiale de révision ayant conduit à la décision de suppression de rente du 14 novembre 2006, décision annulée par le Tribunal de céans dans son arrêt du 11 août 2008, notamment pour le motif que cette documentation médicale n'était pas suffisante pour emporter la conviction. Ces rapports ne sauraient dès lors être déterminants dans la présente affaire, ni remettre en cause les conclusions des experts.

**11.2.3.** Il en va de même des prises de position du Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre et médecin conseil de l'OAIE, des 17 février, 25 mars, 3 mai et 27 octobre 2006 (OAIE pces 76, 77, 79, 81), qui conclut à une incapacité de travail de la recourante de 50% depuis le 12 septembre 2005 et de 5% dans l'activité ménagère, et de celles de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 3 avril et du 27 septembre 2007 (OAIE pces 100, 110), qui estime quant à elle que l'incapacité de travail est totale dans l'ancienne activité et de 50% dans une activité de substitution. En effet, bien que leurs observations au niveau médical, à savoir une amélioration manifeste du trouble psychique et un statu quo sur le plan ostéoarticulaire, se traduisant par une diminution du degré d'incapacité de travail, rejoignent celles des médecins de la CRR, elles sont fondées sur une documentation médicale dont le Tribunal administratif fédéral a clairement dit, dans son arrêt du 11 août 2008, qu'elle n'emportait pas la conviction.

**11.3.** Le Tribunal de céans constate également que les rapports médicaux produits par la recourante suite à l'expertise de la CRR ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts.

**11.3.1.** Ainsi, sur le plan psychiatrique, l'intéressée a produit un rapport du 18 juin 2009 du Dr V.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 153), à propos duquel la recourante précise qu'il ne s'agit pas de son médecin traitant, mais d'un

médecin consulté pour un second avis. Ce psychiatre observe un trouble de l'adaptation par réaction dépressive prolongée (CIM-10: F 43.21) et fait état d'une aggravation de l'état dépressif, notamment après 2005 et 2007; il conclut, d'un point de vue psychiatrique et selon les tabelles portugaises, à une incapacité de travail de 30%. Or, bien que le degré d'incapacité de travail fixé par le Dr V.\_\_\_\_\_ témoigne effectivement d'une aggravation par rapport aux avis des Drs G.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, il représente toutefois une amélioration de cette incapacité si on le compare avec le taux retenu par le COMAI en 1995, allant ainsi dans le sens des conclusions de l'expertise de mars 2009.

**11.3.2.** En ce qui concerne les troubles somatiques, la recourante a versé aux actes un rapport, daté du 18 juin 2009, établi par la Dresse U.\_\_\_\_\_, rhumatologue (OAIE pce 155). Celle-ci affirme que l'incapacité de travail de la recourante est toujours entière, en raison de douleurs ostéoarticulaires, documentées par divers examens d'imagerie. Comme cela a déjà été relevé, les experts de la CRR ont eu eux aussi accès à ces documents d'imagerie et ont constaté que la recourante souffrait effectivement d'atteintes au niveau somatique, en particulier du rachis, causant un certain nombre de limitations fonctionnelles; toutefois, ils ont estimé dans leur appréciation, tout comme, à l'époque, les experts du COMAI, que ces troubles n'avaient pas pour conséquence une incapacité totale de travailler. Or, outre il n'y a pas lieu de douter de la capacité des médecins de la CRR à lire des documents d'imagerie (voir supra consid. 11.2.1), leur position quant à la capacité de travail de l'intéressée ne saurait être remise en question par celle, succincte et moins détaillée, de la Dresse U.\_\_\_\_\_.

Cette dernière diagnostique par ailleurs une fibromyalgie qui se serait aggravée et empêcherait l'intéressée d'exercer toute activité professionnelle. La recourante reproche à cet égard aux experts de ne pas avoir testé ce diagnostic. Or, ceux-ci ont retenu celui de syndrome somatoforme douloureux persistant. Ainsi que le souligne le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence relative au trouble somatoforme douloureux et à la fibromyalgie, il faut admettre, lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie ou d'un assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux, que l'on se trouve dans une situation comparable, dans la mesure où les manifestations cliniques de ces maladies sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses) – c'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux – et qu'il

n'existe pas, dans l'un comme dans l'autre cas, de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. La Haute Cour conclut à ce propos que, eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a également dit que même si le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ce trouble est susceptible d'entraîner, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Or, en l'espèce, si la Dresse U.\_\_\_\_\_ pose pour sa part le diagnostic de fibromyalgie, le Dr V.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 18 juin 2009, ne le confirme pas. Les observations de la Dresse U.\_\_\_\_\_ ne sauraient dès lors jeter le doute sur celles des médecins de la CRR, qui sont le résultat d'une expertise interdisciplinaire impliquant non seulement un médecin rhumatologue, mais également un psychiatre, et tenant compte dès lors à la fois des aspects rhumatologiques et des aspects psychiques. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs jugé que l'expertise interdisciplinaire était la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités (voir supra consid. 7) – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Il sied à cet égard de préciser, ainsi que cela ressort du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 23 mars 2009, que si la recourante présente bien une affection corporelle chronique sous la forme de lombalgies et cervicalgies, et qu'un certain nombre de traitements (particulièrement, au niveau du rachis, des infiltrations, des séances d'ostéopathie, des analgésiques, selon le Dr J.\_\_\_\_\_ [rapport du 26 juin 2009; OAIE pce 154]) ont été tentés sans succès, elle ne souffre pas de troubles psychiques d'une certaine gravité. Le Dr P.\_\_\_\_\_ ne trouve en effet aucun élément pour un trouble thymique, ni pour un diagnostic de trouble de la personnalité, le Dr G.\_\_\_\_\_ relevant quant à lui, en 2001, une humeur de tonalité dépressive, puis, en 2005, un trouble de l'anxiété; le Dr V.\_\_\_\_\_ mentionne pour sa part un trouble de l'adaptation, par réaction dépressive

prolongée. Or, ces troubles ne laissent pas conclure à la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes au sens de la jurisprudence, ni, au vu de son évolution, d'un état psychique cristallisé. Il résulte en outre de l'anamnèse contenue dans le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ que le réseau social est manifestement conservé (la recourante vit avec son mari et ses filles, décrit ses relations familiales – mari, enfants, parents, sœurs et belle-famille – et avec son voisinage comme tout à fait bonnes et harmonieuses [OAIE pce 140 p. 3]). Enfin, il existerait une certaine incohérence dans le comportement algique adopté par la recourante (OAIE pce 141 p. 9). Le Tribunal de céans ne saurait dès lors retenir, en se fondant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral (voir consid. 7), la présence d'une comorbidité psychiatrique significative ou une situation telle que l'intéressée ne puisse faire face dans l'exercice d'une activité. Il s'ensuit qu'en l'espèce, le syndrome somatoforme douloureux persistant n'a pas de caractère invalidant, conclusion des experts de la CRR, que l'avis de la Dresse U.\_\_\_\_\_ ne permet pas de reconsidérer.

**11.3.3.** Sur le plan somatique, un second rapport a été produit, du 26 juin 2009, rédigé par le Dr J.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 154). L'orthopédiste estime en substance que la maladie ostéo-musculo-articulaire de la recourante s'est aggravée, en particulier en 2007, comme le révéleraient les résultats des examens du rachis effectués le 19 mars 2007 (OAIE pces 107, 108), et ce, tant au niveau cervical (volumineuse hernie discale C4-C5) et lombaire qu'au niveau des épaules. Il considère que les médecins de la CRR ont atténué la gravité de l'état de l'intéressée, et conclut à une incapacité de 100% dans toute activité. Or, comme cela a été dit à plusieurs reprises, et comme le note la Dresse L.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 3 août 2008 (OAIE pce 158), rien ne permet de douter des compétences des experts de la CRR, qui sont à même de lire les images qui leur ont été soumises et d'apprécier la gravité des atteintes et leur évolution, le Dr O.\_\_\_\_\_ notamment étant, comme le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique (voir supra consid. 11.2.1).

**11.3.4.** Cela étant, force est de constater que le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, tout comme le rapport psychiatrique du Dr V.\_\_\_\_\_, bien que moins motivés que les rapports d'expertise de mars 2009, remplissent pour l'essentiel les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'une pièce médicale, dans la mesure où ils sont fournis et cohérents, tiennent compte des plaintes de la recourante, ont connaissance de l'anamnèse et de l'historique médical de l'intéressée, traitent des points litigieux notamment en se prononçant sur la modification de l'état de

santé de la recourante, et parviennent à des conclusions claires. Or, ces conclusions, à savoir l'aggravation des troubles somatiques résultant en une incapacité de travail totale et une atteinte psychiatrique autorisant toutefois la reprise d'une activité à 70%, divergent de celles des experts de la CRR. Cependant, outre que les rapports de ces derniers s'avèrent plus complets que ceux des Drs J.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, il convient de rappeler la jurisprudence du Tribunal fédéral et de tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, cette constatation s'appliquant de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Le Tribunal fédéral a ainsi estimé que dans un tel cas de divergence, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire, à moins que les médecins mandatés par l'assuré fassent état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (consid. 6.2). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, les experts ayant eu à leur disposition les mêmes éléments, en particulier les documents d'imagerie, que les médecins consultés par la recourante, et ayant eux aussi examiné cette dernière.

## 12.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans peut par conséquent se rallier à l'appréciation des médecins de la CRR et à celle de l'administration et de son service médical, et conclure au degré de la vraisemblance prépondérante, que, par rapport à la situation donnée le 27 mars 1995, date de la décision confirmant l'octroi de la rente entière, l'état de santé de la recourante s'est amélioré de façon significative sur le plan psychique, et ce, dès mars 2009 (voir OAIE pces 145. 158), les experts, dans leur rapport de synthèse, n'ayant pas indiqué que cette amélioration était survenue avant l'expertise, quand bien même le Dr P.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans son rapport, que l'état psychique de la recourante serait resté inchangé durant les dix dernières années au moins. Ceci autorisait l'administration à procéder à un examen complet de la situation tant au niveau des faits que du droit. Par ailleurs, la mise en œuvre de mesures d'instruction ou de moyens de preuve supplémentaires, tels qu'une expertise judiciaire, s'avère superflue et la requête de la recourante dans ce sens ne saurait être suivie (voir supra consid. 6.3).

Il y a donc lieu de retenir que, sur le plan médical, l'intéressée, dès mars 2009, était totalement incapable d'exercer son activité habituelle, mais disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par les experts de la CRR (voir supra consid. 10.1.5) et que cet état a perduré jusqu'au 18 août 2009, date de la décision attaquée. Par contre, jusqu'en mars 2009, la recourante était, comme au moment du maintien de la rente entière en 1995, totalement incapable d'exercer toute activité. Une comparaison des revenus est par conséquent nécessaire et justifiée.

### 13.

Il convient d'examiner auparavant si l'autorité inférieure aurait dû mettre la recourante au bénéfice d'une mesure de réadaptation. En effet, le Tribunal fédéral a récemment jugé qu'il y a lieu d'examiner l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle si, lors d'une révision, la diminution ou la suppression de la rente concerne une personne qui a atteint l'âge de 55 ans ou qui touchait une rente depuis plus de 15 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3897/2009 du 14 juin 2011 consid. 13), ce qui est le cas en l'espèce, la recourante, qui, si elle avait 51 ans en 2009, recevait alors sa rente depuis 17 ans. La jurisprudence considère à cet égard que les effets d'une longue absence du marché du travail ne peuvent être atténués que par des mesures de réintégration et/ou de réadaptation délivrées par l'assurance-invalidité, sauf s'il apparaît que la personne assurée serait capable de réintégrer le marché du travail par ses propres moyens (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). Dans la plupart des cas, l'examen lié aux mesures de réadaptation professionnelle n'entraîne aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée, qui priment sur les mesures de réadaptation, suffisent à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou supprimer la rente. En l'espèce, il sied de tenir compte du fait que les médecins de la CRR, s'ils ont répondu que des mesures de réadaptation étaient envisageables, n'ont pas indiqué qu'elles étaient indispensables et n'ont émis aucune réserve quant aux facultés de la recourante à valoriser de son propre chef sa capacité de travail dans une activité légère, adaptée à son état de santé somatique. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles qu'ils ont mises en évidence autorisent une grande variété d'activités simples et répétitives, telles que la gestion de stock, la vente (par correspondance, vente de billet, etc), des activités de caissière, d'enregistrement, de classement et d'archivage, de distribution de courrier interne, d'accueil ou de

standardiste, ou encore la saisie de données (OAIE pce 145.1). Ainsi la recourante peut nouvellement travailler à 100% dans de nombreux secteurs, qui en outre ne nécessitent pas de formation spécifique autre qu'une mise au courant initiale, de sorte qu'il est réaliste de considérer que le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – puisse lui offrir suffisamment de postes pour mettre en valeur, par ses propres moyens, sa capacité résiduelle de travail. Il n'y a dès lors pas lieu d'octroyer des mesures de réadaptation dans la présente affaire.

#### **14.**

Dans son arrêt du 11 août 2008, le Tribunal administratif fédéral a jugé que dans la mesure où la recourante était active à temps complet avant l'arrêt de travail définitif, il convenait de déterminer le degré de son invalidité en appliquant, non pas la méthode mixte, mais la méthode générale, au moyen d'une comparaison des revenus, ce qu'a fait l'autorité inférieure lors de l'instruction complémentaire du dossier (OAIE pce 148). Il sied dès lors d'examiner si cette comparaison a été effectuée de façon conforme au droit, étant relevé que la recourante ne soulève aucun grief concret en la matière.

**14.1.** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait gagner en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré. Le gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques. Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). L'administration doit de plus tenir compte, pour le salaire d'invalide de référence, d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

**14.2.** En l'occurrence, l'OAIE a effectué une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale, en comparant un revenu de valide correspondant au salaire, adapté à 2006, que la recourante aurait obtenu en 1991, si, sans atteinte à la santé, elle avait continué à travailler pour X.\_\_\_\_\_ SA, et un revenu d'invalide déterminé sur la base d'une moyenne entre les salaires statistiques mensuels moyens 2006 d'une salariée dans différents secteurs d'activités (commerce de gros, commerce de détail, services fournis aux entreprises, informatique),

niveau de qualification 4, tels qu'ils ressortent des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le revenu d'invalidité a encore été diminué de 15% pour tenir compte des circonstances du cas particulier. L'autorité inférieure a dès lors conclu que la recourante subissait, dès mars 2009, une diminution de sa capacité de gain n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité.

**14.3.** Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement réalisé au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et les références). Il convient en général, ainsi que l'a fait l'autorité inférieure, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

En l'espèce, selon le questionnaire du 3 juin 1992 (OAIE pce 7) établi par X.\_\_\_\_\_ SA, dernier employeur de la recourante, celle-ci aurait gagné en 1991, si elle avait continué à travailler, un salaire annuel de Fr. 39'962.-, soit un revenu mensuel de Fr. 3'330.17, qu'il s'agit d'indexer, selon l'indice des salaires nominaux (OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2010), en se référant à l'année 2009, moment où le droit à la rente est supprimé et date de la décision dont est recours. On obtient dès lors un montant de Fr. 4'503.76 (1887 en 1991 et 2552 en 2009;  $[3'330.17 \times 2'552] : 1'887$ ). Il sied de noter à cet égard que le salaire mensuel moyen d'une salariée avec des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans l'hôtellerie et la restauration, tel qu'il ressort des statistiques salariales de l'ESS 2008 (Fr. 3'986.-), une fois indexé à l'année 2009 (+ 2.4% dans le secteur "Hôtellerie et restauration" [OFS, Indice des salaires nominaux 2002-2009]) et adapté à l'horaire usuel de 42 heures hebdomadaires en 2009 dans le domaine concerné (Fr. 4'285.75), est inférieur au salaire qu'aurait effectivement gagné la recourante chez X.\_\_\_\_\_ SA en 2009. Il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte ici, ni de procéder à un parallélisme des revenus à comparer, qui, selon le Tribunal fédéral, peut se justifier si le revenu effectivement réalisé de l'assuré est nettement inférieur au salaire statistique usuel dans la branche concernée (ATF 135 V 58 consid. 3.1, arrêt du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.2.1).

**14.4.** Concernant le salaire d'invalidité, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé et s'agissant en l'occurrence d'une personne ayant exercé sa dernière

activité en Suisse, c'est à juste titre que l'autorité inférieure s'est référée à l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Toutefois, dans la mesure où la recourante conserve en l'espèce une capacité de travail importante dans des travaux légers, il y a lieu de retenir, dans les données économiques statistiques, la moyenne des revenus auxquels peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), toute branche confondue, ce salaire statistique étant suffisamment représentatif de ce que l'intéressée serait en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). Il sied ainsi de se référer aux données de l'ESS 2008 et de retenir le montant de Fr. 4'198.- (pour 40h./sem.; OFS, ESS 2008, Tableau T1, p. 23), qu'il s'agit d'indexer à l'année 2009, soit + 2.1% (Fr. 4'286.16 pour 40h./sem.), puis d'adapter à la durée hebdomadaire moyenne de travail en heures en 2009, tout secteur confondu, soit 41.6 heures (La Vie économique, 9-2011, B9.2, p. 94), pour obtenir un revenu d'invalides de Fr. 4'457.61.

**14.5.** En ce qui concerne la réduction pour des motifs personnels et professionnels, on note que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et relève en premier lieu de l'Office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. En conséquence, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt du Tribunal fédéral I 133/07 du 21 janvier 2008 consid. 2.3; ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références citées). En l'espèce, l'OAIE a réduit le revenu d'invalides de la recourante de 15%, réduction que le Tribunal de céans considère adaptée au cas d'espèce, compte tenu de l'âge de la recourante, des limitations fonctionnelles qu'elle subit et de l'éventail d'activités lui étant encore accessibles. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de la réduction de 15% retenue par l'autorité inférieure, de sorte que le revenu avec invalidité se monte à Fr. 3'788.97 (Fr. 4'457.61 x 85%).

La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 4'503.76 au revenu d'invalidité de Fr. 3'788.97 fait apparaître un préjudice économique de 15.87%, inférieur au taux de 40% nécessaire pour maintenir le droit à une rente d'invalidité. Pour être complet, il sied de remarquer qu'un abattement plus important n'entraînerait aucune modification de la décision litigieuse, car même si l'on appliquait au revenu d'invalidité la réduction maximale de 25% admise par le Tribunal fédéral (Fr. 4'457.61 x 75% = Fr. 3'343.21), la perte de gain ainsi obtenue serait toujours inférieure à 40% (25.77%). L'autorité de céans constate dès lors que la capacité de gain de la recourante s'est bel et bien améliorée, et de façon durable, à partir de mars 2009, date de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR.

#### 15.

Eu égard à ce qui précède, il appert que l'autorité inférieure a agi conformément au droit en supprimant la rente d'invalidité de la recourante. Toutefois, ainsi que le relève l'OAIE dans sa réponse au recours du 12 février 2010, la suppression de la rente ne saurait avoir lieu rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2007, et doit prendre effet dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009.

Le Tribunal fédéral a en effet jugé, dans un arrêt du 22 décembre 2010, que si les résultats de l'instruction complémentaire menée par l'administration, lorsque l'une de ses décisions supprimant ou réduisant des prestations de l'assurance-invalidité suite à une révision est annulée et que la cause lui est renvoyée, infirmaient au moins partiellement le contenu de la décision originelle, il ne saurait être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies; l'élément distinctif déterminant consiste donc dans le moment auquel survient le changement notable de circonstances influençant le droit aux prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPG, soit durant la procédure initiale d'instruction, soit durant la procédure d'instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.2; voir également arrêts du Tribunal fédéral 8C\_567/2011 du 3 janvier 2012 consid. 3.2 et 8C\_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4.2.3). Le changement notable ayant eu lieu en l'espèce en mars 2009, à savoir durant la procédure d'instruction complémentaire, et les médecins, notamment du service médical de l'OAIE, ayant retenu que la recourante était totalement incapable de travailler jusqu'à cette date, il convient de maintenir le versement de la rente entière jusqu'au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision entreprise, soit le

1<sup>er</sup> octobre 2009, en application de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201).

**16.**

Au vu de tout ce qui précède, le recours du 18 septembre 2009 doit être partiellement admis et la décision du 18 août 2009 supprimant la rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, réformée, en ce sens que la recourante a droit, sans interruption jusqu'au 30 septembre 2009, au versement de la rente entière qui lui a été octroyée par décision du 21 mai 1993 et qui a été maintenue par décision du 27 mars 1995; dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009, la rente d'invalidité est supprimée.

**17.**

La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> et 2 LAI), fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 400.- et mis, à hauteur de Fr. 130.-, à la charge de la partie recourante qui succombe, ces frais étant réduits dans la mesure où la recourante n'a été déboutée que partiellement (art. 63 al. 1 et 2 PA). Le montant de Fr. 130.- est compensé par l'avance de frais de Fr. 400.- dont la recourante s'est acquittée au cours de l'instruction et le solde de Fr. 270.- lui sera remboursé sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'une avocate, a droit à des dépens réduits pour la présente procédure. Compte tenu du travail effectué par la mandataire de la recourante, consistant en un recours de 16 pages, en une réplique d'une page et demi et en trois courriers divers, il se justifie d'allouer une indemnité de Fr. 1'600.-, à la charge de l'autorité inférieure.

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

**1.**

Le recours du 18 septembre 2009 est partiellement admis.

**2.**

La décision du 18 août 2009 est réformée en ce sens que la recourante a droit, jusqu'au 30 septembre 2009, au versement de la rente entière qui lui avait été octroyée par décision du 21 mai 1993 et qui a été maintenue par décision du 27 mars 1995; à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009, la rente d'invalidité est supprimée.

**3.**

Des frais de procédure, d'un montant de Fr. 130.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais de Fr. 400.- versée au cours de l'instruction, et le solde de Fr. 270.- sera remboursé à la recourante sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

**4.**

Une indemnité de Fr. 1'600.- est allouée à la recourante à titre de dépens, à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

Le président du collège :

La greffière :

Michael Peterli

Isabelle Pittet

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 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 :