



Cour III
C-7470/2006

{T 0/2}

Arrêt du 11 août 2008

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège),
Francesco Parrino, Franziska Schneider, juges,
Margit Martin, greffière.

Parties

P._____, PT-_____,
représentée par Maître 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 14 novembre 2006.

Faits :**A.**

P._____, assurée d'origine espagnole, résidant au Portugal, née en 1958, mariée, a séjourné en Suisse depuis 1970 et y a travaillé dès 1976, en dernier lieu en qualité d'employée de restaurant (lingère/repasseuse) auprès de la société C._____ SA, versant des cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI, pces 1, 15, 23). En date du 19 mai 1992, elle a présenté une demande de rente d'invalidité invoquant une atteinte de la colonne vertébrale depuis 1987 (pce 1).

Par prononcé du 30 décembre 1992, la Commission AI du canton de Vaud avait fixé le degré d'invalidité pour maladie de longue durée à 88% dès le 14 mars 1992, prévoyant d'office une révision de rente pour le 1er décembre 1993 (pce 3). Par décision du 21 mai 1993, la caisse de compensation avait octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité rétroactivement à partir du 1er mars 1992, assortie de deux rentes pour enfant correspondantes (pce 5). Le degré d'invalidité avait été déterminé après examen des pièces au dossier, en particulier le questionnaire pour l'employeur du 3 juin 1992, y compris les justificatifs des absences depuis novembre 1989 (pces 14, 15), les rapports des 17 juin 1991 (Institut de radiologie, Dr F._____), 26 août 1991 (service universitaire d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur), 9 septembre 1991 (service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation), 8 janvier 1992 (Dr E._____, neurologie), 18 mai (certificat) et 17 août 1992 (Dr B._____, médecin traitant), ainsi que le rapport du 11 mai 1992 de la cure chirurgicale d'un syndrome du canal carpien à droite (pces 7, 8, 10-13, 16). Il en résulte que le dernier employeur avait résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 31 octobre 1991 après de fréquentes et longues absences, l'enquête économique pour les ménagères du 10 novembre 1992 ayant par ailleurs conclu à un degré d'incapacité de travail de 77% dans les activités domestiques et à une non-reprise d'une activité lucrative quelconque dans un avenir proche (pces 15, 26). Les documents médicaux font état de dysfonction vertébrale mineure étagée, polyinsertionite (tous les points d'insertion tendineuse douloureux à la palpation) et de syndrome bilatéral du tunnel carpien.

B.

Au cours d'une première révision de rente (pce 33), ont été versés au dossier les pièces suivantes:

- un questionnaire pour la révision de rente du 21 décembre 1993 dans lequel l'assurée déclare ne pas travailler et bénéficier d'une aide à domicile trois fois par semaine (pce 34);
- les rapports d'examens de contrôle électrophysiologique pratiqués par le Dr E._____ les 21 avril et 23 juin 1993, ainsi que le rapport d'une neurolyse du nerf cubital au coude gauche du 14 mai 1993 (pces 31, 32, 35);
- un rapport radiologique des coude et poignet gauches dans le cadre d'une épicondylite et d'une épitrochléite gauches sans œdème, rendu le 1er décembre 1993 par le Dr F._____, ainsi que le rapport d'une radiothérapie du 17 décembre 1993 au 12 janvier 1994 (pces 37, 38);
- le rapport d'une coloscopie du 25 février 1994 pratiquée par la Dresse G._____ (pce 39);
- un rapport intermédiaire établi le 14 mars 1994 par le Dr B._____ lequel atteste une incapacité de travail continue de 100% (pce 40);
- le rapport d'une expertise réalisée lors de séjours ambulatoires les 26 octobre, 2 et 18 novembre 1994 à la policlinique médicale (COMAI) comprenant les diagnostics de troubles somatoformes douloureux, fibromyalgies et rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs, 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 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 concluent à une incapacité actuelle totale dans la dernière profession de repasseuse exercée dans une lingerie ou dans une quelconque autre activité professionnelle, une prise en charge psychothérapeutique étant susceptible d'améliorer l'état dépressif et de permettre à l'assurée de retrouver une capacité de travail d'au moins 50%; des mesures de réadaptation professionnelles ne

semblaient pas indiquées vu le peu d'importance des troubles statiques et dégénératifs du rachis dorso-lombaire (pce 47).

Par communication du 27 mars 1995, l'Office AI pour le canton de Vaud (OAI-VD) a informé l'assurée que son invalidité n'avait pas subi de modification susceptible d'influencer son droit à la rente et qu'elle allait continuer à percevoir les mêmes prestations qu'auparavant (pce 50).

Au cours d'une deuxième révision de rente, outre le questionnaire ad hoc rempli le 17 mars 1997 par l'assurée, ont été produits un rapport d'un bilan vasculaire des membres supérieurs et inférieurs, établi le 5 mai 1995 par le Dr U._____, chirurgien, le rapport d'une tomographie par ordinateur, établi le 18 octobre 1995 par le Dr de M._____, le protocole opératoire d'une neurolyse et transposition antérieure du nerf cubital au coude droit, pratiquée le 27 décembre 1995 par la Dresse R._____, ainsi qu'un rapport intermédiaire du médecin traitant (Dr B._____) du 21 juin 1997 lequel mentionne entre autres des troubles fonctionnels multiples, une polyinsertionite chronique, des douleurs lombaires sur troubles statiques et discopathies, surtout en L5-S1, une acro-cyanose des extrémités supérieures, des douleurs abdominales et un état anxieux chronique (pces 52-56). En date du 16 juillet 1997, l'OAI-VD a communiqué à l'assurée qu'elle continuait à recevoir les mêmes prestations qu'auparavant (pce 58).

Suite au départ définitif de l'assurée, d'abord en juin 1999 pour l'Espagne, et à partir du 15 novembre 1999 pour le Portugal (pces 60-65), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger OAIE, désormais compétent, a initié une nouvelle révision de rente (pce 66) et a fait produire les pièces ci-après:

- un questionnaire pour la révision, rempli le 31 juillet 2001 par l'assurée qui affirme ne pas exercer d'activité lucrative (pce 74);
- un rapport médical établi le 7 mai 2001 par le Dr S._____, psychiatre, à Porto, duquel il résulte que l'assurée n'a pas consulté de psychiatre depuis son retour au Portugal et ne suit aucune thérapie; le diagnostic retenu est celui d'un trouble somatoforme douloureux et le degré d'incapacité de travail relatif à cette affection de 25% (pce 77);

- un rapport neurologique du 26 avril 2001 (Dr V._____) lequel retient les diagnostics de cervicobrachialgie sur fond de hernie discale cervicale, discopathie L5/S1, syndrome de tunnel carpien et périarthrite scapulo-humérale (pce 78);
- un rapport médical du 4 juin 2001, établi par le médecin conseil du centre régional de la sécurité sociale portugaise, qui mentionne les diagnostics de cervico-brachialgies en raison d'une hernie discale cervicale, discopathie L5/S1, syndrome de tunnel carpien bilatéral ainsi que de périarthrite scapulo-humérale et relève le bon état général, l'absence de callosités aux mains et l'humeur dépressif, concluant à une incapacité de travail supérieure à 50% (pce 79).

Dans son exposé du 19 septembre 2001, le Dr Y._____, service médical de l'OAIE, constate l'absence de changement dans l'état de santé et confirme une incapacité de travail inchangée (pce 80). Par communication du 19 octobre 2001, l'OAIE a informé l'assurée que le degré d'invalidité n'avait subi aucune modification (pce 81).

C.

Dans le cadre d'une quatrième révision de rente, entreprise dès juillet 2005 (pce 89), l'OAIE a notamment versé au dossier les documents suivants:

- le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 7 novembre 2005 dans lequel l'assurée déclare recevoir l'aide des membres de la famille pour la tenue de son ménage, la confection des repas et pour pratiquement tous les travaux de nettoyage et d'entretien (pce 83);
- un rapport médical psychiatrique du 12 septembre 2005 (Dr S._____), confirmant l'absence de demande de consultation de psychiatre et l'absence de recours à une médication spécifique, mais relevant un trouble anxieux généralisé dont l'évolution semble aller vers une chronicité; le degré d'incapacité est évalué à 15% (pce 85);
- un rapport médical orthopédique manuscrit (Dr A._____) du 9 septembre 2005 (pce 86);
- un rapport médical détaillé (E 213), établi le 20 octobre 2005 par le médecin du service de vérification des incapacités de la sécurité

sociale portugaise lequel conclut à une incapacité totale de travail tant dans le dernier emploi dans une blanchisserie que dans toute autre activité, sans possibilité d'amélioration; il mentionne un bon état général et un état douloureux au niveau de la colonne cervicale, ainsi que des membres supérieurs (pce 87).

Dans son rapport du 17 février 2006, le Dr I._____, psychiatre et médecin conseil de l'OAIE, retient une amélioration manifeste du trouble somatoforme et de l'état dépressif, se traduisant par une diminution progressive du degré d'incapacité de travail, estimée à 25% en 2001 et à 15% en 2005. Il considère dès lors que la capacité de travail de l'assurée est de 50% depuis le 12 septembre 2005 dans l'ancienne activité tout comme dans une activité de substitution, alors qu'il évalue la diminution de la capacité de travail dans l'activité ménagère à 5% et confirme globalement son appréciation dans une prise de position complémentaire du 25 mars 2006 (pces 90-92, 94). A la demande de l'OAIE, il précise encore, dans une note manuscrite du 3 mai 2006, que l'incapacité de travail s'élève à 5% (recte ? : 50%) dans la dernière activité exercée, à 50% dans une activité de substitution et à 5% dans l'activité de ménagère (pce 95). Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAIE a fait parvenir à l'assurée un projet de décision daté du 12 juillet 2006 signifiant qu'à l'avenir, il n'existerait plus de droit à une rente d'invalidité. Pour motif, l'OAIE se réfère aux nouveaux documents reçus selon lesquels l'exercice à temps partiel d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé ainsi que l'accomplissement des travaux habituels seraient à nouveau exigibles dans une mesure supérieure à 60% (pce 96). Par lettre du 24 juillet 2006, l'assurée conteste les conclusions de l'OAIE et demande à ce que les documents médicaux la concernant soient envoyés à son médecin traitant au Portugal. A ce courrier étaient joints la requête du même jour, formulée par le Dr A._____, ainsi qu'un rapport du suivi médical concluant à une incapacité de travail totale (pces 101-102). Dans un rapport du 27 août 2006, l'orthopédiste traitant confirme que l'assurée, les dernières années, est en traitement psychiatrique et orthopédique, sans pour autant qu'une amélioration significative puisse être enregistrée (pce 103). Invité à prendre position sur les nouveaux documents produits, le Dr I._____, dans sa réponse du 27 octobre 2006, confirme sa dernière prise de position (pce 105).

Se fondant sur son prononcé du 2 novembre 2006, l'OAIE, par décision du 14 novembre 2006, a informé l'assurée qu'elle n'avait plus droit à une rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2007 (pce 110).

D.

En date du 22 décembre 2006, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision devant la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et principalement à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de l'affaire à l'autorité intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Subsidiairement, il est requis que la décision attaquée soit modifiée dans le sens que le droit de l'assurée à une rente AI fondée sur un degré d'invalidité de 88% est confirmé. La recourante relève le caractère insuffisant de la motivation, le caractère arbitraire de la décision et une appréciation erronée de l'état de santé. A l'appui de ses arguments, elle fait valoir des limitations dans la vie quotidienne inchangées depuis l'enquête économique pour les ménagères réalisée en 1992, limitations qu'elle attribue pour l'essentiel aux affections d'ordre physique. Quant aux troubles somatoformes douloureux ou à la fibromyalgie, mentionnés notamment dans l'expertise du COMAI, elle se réfère à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral pour relever les critères permettant de se déterminer sur l'incidence d'une telle affection sur la capacité de travail. Dans ses conclusions, elle considère qu'il n'est pas possible, sur la base du dossier actuel, de conclure à l'existence d'une capacité de travail justifiant la suppression de la rente entière d'invalidité et requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Étaient joints au recours notamment un certificat médical du 18 décembre 2006 (Dr A. _____), les rapports d'un CT du genou gauche du 10 août 2006, de la colonne lombaire et cervicale du 2 août 2006, ainsi que d'une échographie abdominale du 25 octobre 2006.

E.

Invité à se déterminer d'abord au sujet de la requête tendant à la restitution de l'effet suspensif du recours, l'OAIE, dans sa réponse du 19 février 2007, en propose le rejet. Dans sa détermination du 29 mars 2007, la recourante persiste dans ses conclusions et maintient sa requête.

Par décision incidente du 18 avril 2007, entrée en force, l'autorité de céans a confirmé le retrait de l'effet suspensif du recours.

Invité à déposer sa détermination sur le fond, l'autorité inférieure a soumis le dossier au médecin de son service médical pour appréciation. Dans sa prise de position du 3 avril 2007, la Dresse K._____ conclut à une nette amélioration sur le plan psychiatrique et à un statu quo sur le plan ostéoarticulaire. Elle considère par ailleurs que les nouveaux documents produits n'apportent pas d'éléments nouveaux. L'incapacité de travail resterait de ce fait inchangée dans l'ancienne activité. Les pathologies ostéoarticulaires seraient par contre tout à fait compatibles avec l'exercice d'une activité de substitution à 50% et avec la plupart des activités ménagères. Les renseignements seraient suffisants (pce 112). L'OAIE, se fondant sur le rapport de la section "évaluation économique de l'invalidité" du 30 avril 2007, selon lequel l'assurée subit du fait de son atteinte à la santé une invalidité de 31% dès le 12 septembre 2005 (pce 113), propose, dans sa réponse du 30 avril 2007, le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée avec des motifs qui seront repris, si nécessaire, dans les considérants en droit du présent jugement.

F.

Par réplique du 5 juillet 2007, la recourante, par son conseil, réfute les conclusions de l'autorité inférieure et considère que les chiffres retenus par l'OAIE reposent sur une évaluation partielle de l'état de santé et ne se fondent pas sur des critères fiables sous l'angle du droit suisse. Elle maintient qu'une expertise pluridisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier au regard du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et requiert également qu'une audience soit tenue, afin que le Tribunal puisse par lui-même se rendre compte de la situation. Elle demande en outre que les informations sur sa capacité dans l'activité ménagère soient mises à jour, qu'une expertise soit également menée sur ce point et que des témoins puissent être entendus lors de l'audience requise. Enfin, elle modifie les conclusions de son recours lequel tend désormais principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est maintenu, subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et, dans un cas comme dans l'autre, sous suite de dépens. Un bordereau complémentaire joint à la réplique contient notamment des rapports IRM de la colonne cervicale et lombo-sacrée du 18 mars 2007, une neurographie du 17 mai 2007 (Dresse O._____) et un

rapport médical du 24 mai 2007 (Dr X._____, neurochirurgien), ainsi que le rapport d'une IRM du 11 avril 2007 du genou gauche (Dr N._____).

G.

Appelé à se prononcer sur les remarques formulées en réplique, l'OAIE a soumis la cause une nouvelle fois à son service médical pour appréciation. La Dresse K._____, dans sa prise de position du 27 septembre 2007, souligne que la rente avait été attribuée essentiellement pour des raisons psychiatriques. Confirmant ses précédentes conclusions, elle conclut à une nette amélioration sur le plan psychiatrique et à une situation stationnaire sur le plan ostéoarticulaire. Par duplique du 23 novembre 2007, l'OAIE réitère sa demande de rejet du recours et de confirmation de la décision attaquée.

H.

Par décision incidente du 5 décembre 2007, l'autorité de céans a déclaré que l'échange d'écritures était terminé et a fixé l'avance sur les frais de procédure présumés à 400 francs, montant que la recourante a versé dans le délai imparti.

Droit :

1.

1.1 Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1er janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent (art. 53 al. 2 de la Loi sur le Tribunal administratif fédéral du 17 juin 2005 [LTAF, RS 173.32]).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS

831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

1.3 La recourante a pris part à la procédure devant l'autorité intimée; elle est spécialement atteinte par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 al. 1 PA, cf. art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]). Elle est, partant, légitimée à recourir.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 50, 52 PA), 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 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1er juin 2002, dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI, RS 831.20]).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, 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 1408/71, ATF 130 V 257 consid. 2.4).

2.2 La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la

mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004 la présente procédure, quant au droit matériel, est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Or, l'art. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA.

Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont donc pas applicables, alors que la procédure est soumise aux normes en vigueur au moment de l'examen du recours.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que

possible les conséquences de son invalidité (ATF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; THOMAS LOCHER, Die Schadenminderungspflicht im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, in *Mélanges pour le 75^e anniversaire du TFA*, pp 407 et ss., cf. aussi ALFRED MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II p. 377, ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, th. Berne 1985, p. 131). Ce même principe s'applique également aux assurés travaillant dans le ménage (ATF 123 V 233 consid. 3c et les références) lesquels veilleront à atténuer les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail par une organisation rationnelle et adéquate des tâches, ainsi que le recours exigible à l'aide des membres de la famille (ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222 f.; ATFA du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2).

3.2 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} 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 LPGGA) – n'est plus applicable lorsque l'assuré est citoyen suisse ou ressortissant de l'UE et réside dans un Etat membre dans le sens de l'ALCP (ATF 130 V 253 consid. 3.1).

3.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas 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 et non la maladie en tant que telle. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures

de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). A cet endroit, il convient de rappeler qu'en vertu de l'art. 28 al. 2^{ter} LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28 al. 2^{bis} pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (méthode mixte). Ainsi faut-il évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (arrêt du 29 juin 2007 du Tribunal fédéral [I 151/06], ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références). La jurisprudence rendue sur l'application de la méthode mixte n'est pas modifiée avec l'entrée en vigueur de la LPGA.

4.

4.1 Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, 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.

4.2 L'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a

duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

4.3 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 (ex art. 41 LAI), le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, 133 V 108 consid. 5.4).

4.4 En l'espèce, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 1992 pour un degré d'invalidité de 88%, calculé en application de la méthode mixte (soit 100% dans l'activité professionnelle et 77% dans les tâches ménagères), confirmé lors des révisions des 27 mars 1995, 16 juillet 1997 et 19 octobre 2001. Il convient de relever à cet endroit que l'assurée avait exercé son activité auprès de la société C._____ SA depuis le 16 décembre 1985 à temps complet, soit 8.5 heures par jour, 5 jours par semaine, jusqu'à l'arrêt effectif, survenu durant la seconde grossesse (cf. pce 15). Or, vu que l'assurée a été active à temps complet avant l'arrêt de travail définitif, le degré d'invalidité aurait dû être déterminé d'après la méthode générale (cf. pce 27 et consid. 3.3 ci-dessus). En conséquence, la question de savoir si le degré d'invalidité de 100%

dans la dernière activité professionnelle exercée a subi depuis lors une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 21 mai 1993, date de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux prévalant au 14 novembre 2006, date de la décision litigieuse. Durant cette période soumise au pouvoir d'examen de l'autorité de céans, l'assurée n'a exercé aucune activité lucrative; il est dès lors impossible dans le cas concret de déterminer la mesure de l'incapacité de gain en se fondant sur des données d'ordre économique. L'éventuelle modification du taux d'invalidité doit donc être évaluée uniquement sur la base des données médicales (ATF 115 V 133, ATF 114 V 314, ATF 105 V 159, ATF 98 V 173).

5.

5.1 La rente entière d'invalidité avait été allouée à la recourante en raison d'une dysfonction vertébrale mineure étagée, associée à une polyinsertionite, ainsi que d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral (cf. pces 7-13), pathologies qui avaient motivé des arrêts de travail multiples, suivis de l'arrêt définitif de son emploi de repasseuse-lingère, depuis le 9 novembre 1990. Ce n'est que lors d'une expertise réalisée dans le cadre de la première révision de rente en automne 1994, que le COMAI avait retenu, en plus des diagnostics mentionnés ci-dessus, des troubles somatoformes douloureux, fibromyalgies et rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs et, après la cure de tunnel carpien droit en 1991, une cure de tunnel carpien gauche avec neurolyse du nerf cubital au coude gauche et épitrochlectomie en 1993. Bien que suggérant une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique adéquate, susceptible d'améliorer l'état dépressif et de permettre à l'assurée de retrouver une capacité de travail d'au moins 50%, les experts avaient alors émis un pronostic professionnel relativement sombre compte tenu de la longue durée de l'incapacité de travail (plus de 4 ans), la chronification des douleurs et les multiples interventions chirurgicales, ainsi que la dépendance importante de l'assurée envers sa famille dont les membres s'occupaient quasi intégralement du ménage. Les médecins du COMAI avaient en revanche relevé le peu d'importance des troubles statiques et dégénératifs du rachis dorso-lombaire et estimé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.

5.2 D'autres rapports médicaux produits au cours des révisions de 1995, 1997 et 2001 ont fait état d'une neurolyse et transposition

antérieure du nerf cubital au coude droit (Dr R. _____), de troubles fonctionnels multiples, de chronicité de la polyinsertionite, de douleurs lombaires sur troubles statiques et discopathies, status douloureux au niveau des extrémités supérieures et acro-cyanose, douleurs abdominales, troubles digestifs et état anxieux chronique (Dr B. _____). Les services compétents de l'OAIE, tant en mars 1995 qu'en juillet 1997 (pces 49, 57), avaient confirmé le degré d'invalidité initialement retenu. La sécurité sociale portugaise a transmis, à la demande de l'OAIE dans le cadre de la troisième révision, un rapport neurologique du 26 avril 2001 (Dr V. _____), résumant l'anamnèse connue des atteintes neurologiques auxquelles se sont ajoutées des cervicalgies persistantes et une périarthrite scapulo-humérale. De l'avis du neurologue, un syndrome dépressif réactionnel serait la conséquence de l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité professionnelle. Le rapport psychiatrique du 7 mai 2001 (Dr S. _____), transmis également par l'organe de liaison portugais, souligne l'absence de traitement psychiatrique, malgré l'humeur dépressive, et prévoit une chronification du trouble somatoforme douloureux en raison de l'environnement familial, de la nature des symptômes et de leur répercussion dans la vie quotidienne. Du point de vue purement psychiatrique et selon les tables de la sécurité sociale portugaise, le degré d'incapacité serait de 25%. Le rapport du centre régional de la sécurité sociale portugaise du 4 juin 2001 avait alors conclu à une incapacité de travail supérieure à 50%, mais considéré que l'assurée était capable d'exercer une activité rémunérée. Le médecin-conseil de l'OAIE Dr Y. _____, dans son appréciation du 19 septembre 2001, du point de vue médical, n'a pas constaté de changement dans l'état de santé de l'assurée qui continuait donc à présenter une incapacité de travail inchangée. Le Dr S. _____, de son côté, dans son rapport du 12 septembre 2005, ne parle plus de trouble somatoforme, mais de trouble d'anxiété généralisée dont l'évolution est caractérisée par la chronification et en déduit un degré d'incapacité de 15%, alors que le médecin de la sécurité sociale portugaise, prenant en compte l'ensemble des atteintes, considère dans son rapport du 20 octobre 2005 que l'assurée n'est ni en mesure d'exercer sa profession de lingère/repassseuse, ni aucune autre activité adaptée, en raison d'une cervicobrachialgie bilatérale, des douleurs à la mobilisation des épaules des deux côtés, des douleurs aux poignets, des lombalgies récurrentes, ainsi que de l'anxiété, et qu'elle présente une invalidité de 100%.

5.3 Le Dr I._____, médecin-conseil de l'OAIE, dans son exposé du 21 juillet 2005 avait implicitement retenu les conclusions du COMAI comme début de la période d'examen et avait proposé en conséquence un complément d'instruction sur le plan psychiatrique. Après avoir pris connaissance des documents médicaux portugais transmis, il a conclu, dans son appréciation du 17 février 2006, à une amélioration du point de vue psychiatrique au motif que le dernier certificat ne mettait plus en évidence de manifestations dépressives et qu'il existait manifestement une amélioration du trouble se traduisant par une diminution du degré d'incapacité de travail, l'anxiété n'ayant par ailleurs que peu de répercussions sur l'activité dans le ménage. Il retient donc une incapacité de travail globale de 50% depuis le 12 septembre 2005 (date du dernier rapport psychiatrique). Dans une prise de position complémentaire du 25 mars 2006, il admet néanmoins la persistance d'une vulnérabilité dans le sens qu'un passage brusque d'une incapacité de travail de 88% à une incapacité de travail de 15% comporterait un risque de décompensation chez l'assurée. Finalement, il précise les différentes incapacités de travail, retenant 5% (recte: 50% ?) dans la dernière activité, 50% dans une activité de substitution et 5% en tant que ménagère. Il confirme par la suite (le 27 octobre 2006) cette évaluation, bien que le rapport du 27 août 2006 du Dr A. A._____ mentionne un suivi orthopédique de l'assurée depuis son installation au Portugal et une dégradation progressive au niveau psychologique. Enfin, dans la prise de position du service médical de l'OAIE du 3 avril 2007, la Dresse K._____ conclut en accord avec le Dr I._____ à une amélioration sur le plan psychiatrique et estime qu'il n'y a pas d'aggravation notable sur le plan ostéoarticulaire. A l'encontre de son collègue, elle considère que l'incapacité de travail reste inchangée dans l'ancienne activité. A son avis, les pathologies ostéoarticulaires seraient tout à fait compatibles avec l'exercice d'une activité de substitution à 50% et la plupart des activités ménagères. Le groupe "évaluation économique de l'invalidité", bien qu'admettant que l'assurée possède une capacité de travail pour les activités de substitution et pour les activités ménagères de 50%, a d'abord calculé dans sa détermination du degré d'invalidité du 30 avril 2007 une perte de gain de 57.44% sur la base des salaires statistiques et en procédant à un abattement de 10% dans le cas particulier, avant de retenir un degré d'invalidité de 31%, fondée sur une incapacité de travail de 5% comme ménagère. Commentant les nouveaux documents médicaux produits en procédure de recours, la Dresse K._____, dans son exposé du 27 septembre 2007,

considère que l'assurée présente des problèmes à deux niveaux, à savoir psychiatrique et ostéoarticulaire. Sur le plan psychiatrique, du trouble somatoforme et de l'état dépressif décrit auparavant, il ne persisterait actuellement qu'un syndrome anxieux, l'assurée n'ayant en outre ni traitement ni suivi psychologique, alors que sur le plan ostéoarticulaire, la situation serait restée stationnaire au vu des documents orthopédiques et neurochirurgicaux au dossier. Affirmant encore que la rente aurait été attribuée essentiellement pour des raisons psychiatriques – le service médical de l'OAIE se réfère explicitement à l'expertise COMAI, pourtant réalisée dans le cadre de la première révision de rente – , la Dresse K._____ conclut à une nette amélioration sur le plan psychiatrique et à une situation stationnaire sur le plan ostéoarticulaire. Elle estime que les renseignements au dossier sont suffisants et qu'une expertise n'est pas nécessaire.

5.4 Or en l'espèce, l'autorité de céans n'est pas en mesure, de se rallier aux conclusions de l'autorité inférieure. D'une part, comme exposé plus haut, convient-il d'appliquer ici la méthode générale pour déterminer le degré d'invalidité, ce qui conduirait, d'après la dernière comparaison de revenus de retenir une perte de gain de 57%. D'autre part, les documents médicaux transmis, soit par l'assurance sociale portugaise dans le cadre de l'instruction, soit par la recourante en procédure d'audition et de recours, sont lacunaires et ne permettent pas de déterminer avec précision les répercussions des troubles existants déjà au moment de l'octroi de la rente et de ceux qui s'y sont ajoutés par la suite sur la capacité de travail de l'assurée. Aussi, les différentes prises de position et évaluations émanant des médecins du service médical de l'OAIE sont-elles en partie contradictoires et peu concluantes. De surcroît, si l'on considère que la dernière expertise pluridisciplinaire ayant permis d'apprécier la situation médicale de l'assurée dans son ensemble remonte à l'automne 1994 (COMAI), il s'avère que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est indispensable afin de connaître l'évolution des atteintes dont souffre la recourante et leur incidence sur la capacité de travail. Il se justifie dès lors de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire.

6.

L'art. 61 PA ne permet de recourir à cette solution que dans les cas exceptionnels. In casu l'application de l'exception prévue est toutefois

justifiée si l'on considère les lacunes présentes dans cette cause et l'ampleur des informations à recueillir. Par conséquent, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger soumettra l'assurée à une expertise médicale pluridisciplinaire approfondie auprès de services spécialisés (orthopédique, rhumatologique, psychiatrique) d'un Centre hospitalier universitaire ou d'un COMAI en Suisse romande. Les médecins qui effectueront la visite devront s'exprimer quant aux affections dont l'intéressée est atteinte et aux limitations fonctionnelles qui en découlent ainsi qu'aux affections secondaires, à sa capacité de travail dans sa profession de repasseuse/lingère et employée d'un restaurant, ainsi que dans des activités de substitution exigibles sans réadaptation qu'il conviendra de définir avec précision, jusqu'au 14 novembre 2006 (date de la décision attaquée) et de cette date à la visite. Des examens complémentaires jugés utiles par les experts devront être programmés de sorte à pouvoir être effectués dans le cadre de l'expertise. Le dossier ainsi complété sera soumis au service médical de l'autorité inférieure lequel se prononcera sur le taux d'incapacité de travail en tenant compte de toutes les limitations constatées tant sur le plan de l'appareil locomoteur que neurologique et psychiatrique. Ladite autorité se basera, pour déterminer le degré d'invalidité de cette assurée qui avait arrêté de travailler pour des raisons de santé, sur une comparaison de revenus (méthode générale). Ensuite, après la procédure d'audition, l'autorité inférieure rendra une nouvelle décision.

7.

Au vu de l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 37 LTAF et 63 al. 2 et 3 PA). L'avance de Fr. 400.- versée est restituée à la recourante.

Les art. 64 PA et 7 du Règlement du 11 décembre 2006 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) – applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF –, permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, le travail accompli par la représentante de l'assurée justifie d'allouer à la partie recourante une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'500.- à charge de l'OAIE.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis au sens des considérants et la décision du 14 novembre 2006 est annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il procède conformément au considérant 6 et prenne ensuite une nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance sur les frais de procédure de Fr. 400.- déjà versée est restituée à la recourante.

4.

Une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- est allouée à la partie recourante à charge de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig

Margit Martin