



Arrêt du 26 juillet 2012

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Francesco Parrino, Vito Valenti, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
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

Révision de rente AI, décision du 20 septembre 2010.

Faits :**A.**

A._____, née le [...] 1957, ressortissante portugaise, sans formation, a travaillé en Suisse comme femme de ménage du mois de février 1997 au mois de mars 1998, années durant lesquelles elle cotisé à l'assurance-vieillesse et invalidité suisse (AVS/AI; OAIE pces 1, 9, 15, 44 et 61). Elle cesse définitivement son activité le 20 mars 1998 en raison de son état de santé et retourne vivre au Portugal en octobre 2003 (OAIE pces 8, 61 et 63).

B.

B.a Le 14 décembre 1998, A._____ dépose une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OCAI-VD) en raison d'une fibromyalgie et d'une dépression, l'empêchant d'exercer sa profession habituelle (OAIE pce 1); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport médical du 25 janvier 1999 du Dr B._____, médecin généraliste, indiquant que l'assurée souffre depuis le 20 mars 1998 de douleurs lombaires et para vertébrales à droite, avec une diminution de la force musculaire de la main gauche, ainsi qu'une flexion de la tête excessivement algique; en outre le médecin mentionne une dépression, nécessitant une prise en charge thérapeutique et médicamenteuse (OAIE pce 4);
- un questionnaire pour l'employeur rempli le 25 janvier 1999, dont il ressort que l'assurée a travaillé comme femme de ménage 45h/sem. pour un salaire mensuel brut de Fr. 2800.-- du 12 février 1997 au 19 mars 1998, date de la survenance de son incapacité de travail totale (OAIE pce 8);
- un rapport médical du 18 mars 1999 des Drs C._____ et D._____, déclarant l'assurée totalement incapable de travailler dès le 20 mars 1998 pour une durée indéterminée en raison d'un trouble dépressif moyen et d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, entraînant une fatigabilité excessive, des difficultés de concentration et des troubles amnésiques; les médecins font état d'une tentative de suicide en 1998 et de la nécessité d'un suivi médicamenteux et psychothérapeutique (OAIE pce 10);

- un rapport médical du 1^{er} novembre 1999 de la Dresse E._____, médecin généraliste, reprenant les mêmes diagnostics et soulignant que l'incapacité totale de travail est due à l'état dépressif de l'assurée; la praticienne estime que l'état de l'intéressée est susceptible d'amélioration par des traitements de physiothérapie et psychothérapie et que du point de vue somatique celle-ci peut exercer une activité adaptée restreinte quant au nombre d'heures, ne nécessitant ni force physique ni mouvements de surcharge du rachis (OAIE pce 12);
- un rapport médical du 25 juillet 2000 de ce même médecin, indiquant que les limitations de l'assurée sont principalement dues à un syndrome somatoforme douloureux (variable d'un jour à l'autre et localisé surtout au niveau du tronc et du thorax), une lyse isthmique bilatérale en L5, à une gonarthrose débutante à gauche, ainsi qu'à une arthrose de la rotule; la généraliste indique une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis deux mois (OAIE pce 24);
- une expertise psychiatrique du 19 février 2001 des Drs F._____ et G._____, dont il ressort que l'assurée souffre de trouble douloureux associé à un état dépressif chronique d'intensité moyenne à sévère avec agoraphobie et attaque de panique paucisymptomatique d'intensité légère à moyenne, de personnalité à traits dépendants et de dorso-lombalgies banales; les médecins soulignent une observance thérapeutique nulle ou très mauvaise, tant pour la prise d'antidépresseurs que pour les antalgiques, éventuellement en raison d'un traitement inadapté; les experts déclarent celle-ci incapable à 70% d'exercer son activité habituelle, mais remarquent toutefois qu'une bonne observance thérapeutique, ainsi qu'un suivi thérapeutique devrait améliorer son état dépressif et ainsi sa capacité de travail (OAIE pce 28).

B.b Dans un rapport SMR du 22 mars 2001, le Dr H._____ reprend les conclusions de cette expertise et déclare l'assurée incapable à 70% de travailler dans toute activité dès le 20 mars 1998, en raison de son état psychique; le médecin souligne toutefois que d'un point de vue somatique, l'assurée serait apte à travailler en plein dans des activités légères ne nécessitant pas de port de charges lourdes (OAIE pce 30).

B.c Par courrier du 9 avril 2001, l'OCAI-VD informe l'assurée qu'une rente entière d'invalidité lui sera reconnue en raison d'un degré d'invalidité de

70% dès le 1^{er} mars 1999, toutefois à la condition qu'elle se soumette au traitement psychiatrique nécessaire à l'amélioration de sa capacité de travail (OAIE pce 33). Finalement, par courrier du 27 avril 2001, l'assurée informe l'autorité inférieure qu'un suivi psychiatrique est prévu auprès du Dr D. _____ (OAIE pce 35).

B.d Par prononcé du 16 mai 2001, l'OCAI-VD accorde une rente entière d'invalidité à l'assurée pour un taux d'invalidité de 70%, dès le 1^{er} mars 1999, en raison de fibromyalgie avec comorbidité psychiatrique (OAIE pce 38).

C.

C.a En 2002, l'OCAI-VD entame une première révision de la rente d'invalidité de l'assurée (OAIE pces 45ss); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport médical intermédiaire du 4 mars 2002 de la Dresse E. _____, indiquant une aggravation de l'état de santé de l'assurée, soit une dégradation progressive de tout l'appareil ostéomusculaire depuis le mois de mai 2001; elle diagnostique chez l'assurée une lombalgie chronique sur spondylolyse L5 bilatérale, une lombosciatalgie chronique gauche, une dysbalance musculaire de tout le membre inférieur gauche sur dysplasie du condyle fémoral et dysplasie de la rotule; elle fait état d'un suivi psychiatrique régulier (OAIE pce 52);
- un rapport psychiatrique du 20 mars 2002, du Dr I. _____, dont il ressort qu'il suit l'assurée depuis le 27 août 2001; le médecin fait état d'une amélioration de son état dépressif, malgré la persistance d'une situation familiale conflictuelle, et déclare l'assurée en incapacité de travail à 50% (OAIE pce 53);
- un questionnaire pour la révision de la rente, rempli le 21 octobre 2002, par lequel l'assurée déclare ne pas avoir repris d'activité professionnelle et avoir besoin d'aide dans ses tâches ménagères (OAIE pce 54);
- un rapport médical intermédiaire du 28 novembre 2002 du Dr I. _____, relevant une nette amélioration des éléments dépressifs, ainsi que la poursuite d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychothérapeutique pour l'assurée qui se montre

collaborante; le psychiatre diagnostique un trouble dépressif récurrent, actuellement en épisode léger, avec syndrome somatique (F 33.01), avec pronostic plus favorable que lors de son dernier rapport médical; toutefois en raison d'une forte vulnérabilité structurelle, il déclare l'assurée toujours en incapacité de travail à 50% (OAIE pce 58);

- un rapport médical intermédiaire du 9 décembre 2002 de la Dresse E._____, indiquant que l'état somatique de l'assurée s'est aggravé, ne lui permettant plus de s'occuper de son ménage; elle fait état de traitement par physiothérapie et d'une médication régulière de l'intéressée (OAIE pce 59).

C.b Le 30 septembre 2003, A._____ retourne s'établir définitivement au Portugal (OAIE pces 61, 63, 68 et 69) et la cause est transmise à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE) afin qu'il continue les démarches de révision déjà entamées.

D.

D.a En octobre 2004, l'OAIE continue la procédure de révision d'office entreprise en 2002 par l'office AI cantonal (OAIE pces 71ss); les pièces suivantes sont notamment versées en cause:

- un rapport orthopédique du 29 décembre 2004 du Dr J._____, indiquant chez l'assurée une légère raideur cervicale et lombaire, une légère limitation de l'épaule et mentionnant des signes d'épicondylite à droite. Il relève que l'assurée se plaint toujours de douleurs de la colonne cervicale, de lombosciatalgies, ainsi que de douleurs aux genoux et à l'épaule droite allant en s'aggravant. L'assurée fait également état de douleurs au niveau du coude et du pouce droit relevant d'une ténosynovite des fléchisseurs sténosante (OAIE pce 79);
- un rapport manuscrit du Dr K._____ du 3 janvier 2005 difficilement lisible, reprenant les diagnostics de dépression chronique et de fibromyalgie (OAIE pce 80);
- un rapport psychiatrique du 10 janvier 2005 du Dr L._____, faisant état chez l'assurée d'épisode dépressif modéré et de dysthymie. Le praticien estime que l'état de santé psychique de l'assurée ne s'est pas amélioré depuis son retour au Portugal (OAIE pce 81);

- un formulaire E 213 du 4 janvier 2005 établi par le Dr M._____, diagnostiquant chez l'assurée une dysthymie et des lésions dégénératives de la colonne vertébrale, entraînant une incapacité de travail de 50% dans son ancienne activité. Le médecin lui reconnaît toutefois une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir dans une profession ne nécessitant pas de porter des charges, de monter des escaliers, de travailler la nuit ou d'effectuer des flexions répétées. Il fait en outre état, malgré que l'assurée présente un poids de 95kg pour 160cm, d'une bonne mobilité des membres inférieurs, d'une légère rigidité de la colonne cervicale et lombaire, d'une légère limitation de la mobilité de l'épaule droite, ainsi que de signes de dépression (OAIE pce 82);
- un questionnaire pour la révision de la rente, rempli le 2 février 2005, par lequel l'assurée indique n'avoir par repris d'activité professionnelle depuis le 1^{er} mai 2001 (OAIE pce 78).

D.b Dans une prise de position du 9 mai 2005, le Dr N._____, médecin de l'OAIE, confirme les diagnostics de dépression chronique, de syndrome chronique lombo-spondylogène et lombo-radicaire intermittent, avec spondylose en L5 des deux côtés, ainsi que de dysplasie du condyle fémoral gauche et de la rotule de la jambe gauche avec déséquilibre musculaire. Le médecin estime toutefois, contrairement aux conclusions du formulaire E 213, que l'état de santé de l'assurée est resté le même qu'au moment de l'octroi de la rente, l'amélioration psychiatrique n'ayant été que temporaire; il note en outre que A._____ doit encore bénéficier d'un accompagnement thérapeutique et médicamenteux à cet égard (OAIE pce 84).

D.c Par communication du 12 mai 2005, l'OAIE confirme le droit à une rente entière d'invalidité, estimant que le degré d'invalidité de l'assurée n'a pas changé de manière à influencer son droit à la rente (OAIE pce 85).

E.

En avril 2009, l'OAIE entame une nouvelle procédure de révision d'office, (OAIE pces 86 à 88); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport neurophysiologique du 31 mai 2008 du Dr O._____, relevant des signes de compression du nerf médian au niveau du

canal carpien, sans conséquence sur la sensibilité ou la mobilité, ainsi que la présence d'une tendinite de Quervain bilatérale (OAIE pce 92);

- des résultats d'échographie de l'épaule droite du 26 août 2008 établis par le Dr P._____, indiquant chez l'assurée une tendinite du tendon sus-épineux (OAIE pce 93);
- des résultats de radiologie du 20 octobre 2008, relevant chez l'assurée des altérations dégénératives légères, sans calcifications periarticulaires, ainsi que des altérations dégénératives des deux mains (OAIE pce 94);
- un questionnaire pour la révision de la rente, rempli le 11 mai 2009, par lequel l'assurée indique n'avoir pas repris d'activité professionnelle (OAIE pce 90);
- un rapport médical du 25 mai 2009, par lequel le Dr Q._____ déclare l'assurée incapable de travailler en raison d'une fibromyalgie, d'ostéoarthrose, de dépression avec antécédent d'internement prolongé, d'hypertension artérielle, de diabète mellitus, de tendinite chronique des épaules et de dyslipidémie (OAIE pce 95);
- des résultats radiologiques du genou gauche du 26 mai 2009 établis par le Dr R._____, indiquant un rétrécissement de l'articulation entraînant une surcharge avec subluxation externe de la rotule (OAIE pce 96);
- un certificat psychiatrique manuscrit illisible du 27 mai 2009 du Dr S._____(OAIE pce 97);
- un rapport orthopédique du 29 mai 2009 du Dr T._____, dont il ressort que l'assurée souffre d'une lésion de la coiffe des rotateurs, de lésions ostéo-arthrosiques de l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite. Au niveau du genou gauche, le médecin relève une lésion du ménisque interne dans un contexte d'arthrose et déclare l'assurée incapable de travailler en raison notamment de ses problèmes psychiques, bien qu'elle reste apte à exécuter les petites tâches ménagères (OAIE pce 98);
- un formulaire E 213 du 2 juin 2009 du Dr U._____, relevant chez l'assurée, présentant un poids de 71kg pour 160cm et du diabète de type 2, une gonarthrose gauche débutante, une arthrose acromio-claviculaire, ainsi qu'un syndrome dépressif; le médecin retient

toutefois que l'assurée ne présente pas de pathologie invalidante dans sa profession (OAIE pce 100);

- un rapport psychiatrique du 12 juin 2009 du Dr V._____, qui, excluant actuellement un trouble dépressif majeur, diagnostique chez l'assurée une dysthymie (F34.1); le psychiatre estime qu'au vu du peu d'effet du traitement jusqu'à maintenant, aucune amélioration significative n'est à espérer, et souligne que l'état psychologique de l'assurée est lié à ses problèmes de santé. Par ailleurs, le médecin reconnaît une légère incapacité de travail de l'assurée pour des activités exigeant des capacités affectives et cognitives (OAIE pce 99);
- un certificat médical du 3 juillet 2009 du Dr W._____, par lequel il déclare que l'assurée souffre de polyarthralgies chroniques, (pathologie chronique de l'épaule droite avec suspicion d'une rupture de la coiffe des rotateurs, aggravée par une cervicobrachialgie, pathologie dégénérative des deux genoux, avec gonarthrose débutante à gauche), augmentées d'une pathologie psychiatrique associée et qu'elle ne peut réaliser que des activités légères (OAIE pce 101);
- des résultats de radiographie du 12 janvier 2010 établis par le Dr X._____, indiquant chez l'assurée une hyperlordose lombaire basse, une lyse isthmique L5-S2 bilatérale avec spondylolisthésis du premier degré de L5-S1 et signe de dégénérescence discale secondaire en L5-S1 (OAIE pce 118).

F.

Dans une prise de position du 28 septembre 2009, la Dresse Y._____, médecin de l'OAIE, requiert une expertise psychiatrique et rhumatologique, afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée (OAIE pce 104).

G.

Le 22 avril 2010, une expertise bidisciplinaire est effectuée par les Drs Z._____ et AA._____, médecin généraliste et médecin psychiatre, dont il ressort que l'assurée souffre principalement de fibromyalgie et trouble somatoforme douloureux, de trouble dépressif récurrent, actuellement en épisode léger sans syndrome somatique, de spondylolisthésis de L5 sur S1 de degré I, stable, sur lyse isthmique bilatérale, d'arthrose acromio-claviculaire droite, de gonarthrose

tricompartimentale débutante droite, de coxarthrose bilatérale débutante et de diabète de type II non insulino-dépendant. Il est également fait état de la pose d'un anneau gastrique en 2008, ayant permis à l'assurée une perte pondérale de 32 kg en deux ans, avec pour conséquence une amélioration de son état de santé somatique.

Les experts estiment que l'état de santé psychique s'est amélioré, eu égard au fait que l'assurée ne présente plus qu'un épisode dépressif léger, et déclarent celle-ci apte à travailler dans toute activité, son syndrome fibromyalgique ne pouvant à lui seul justifier une incapacité de travail. De plus, les autres lésions somatiques, étant stables ou débutantes, ne permettent pas de déduire d'invalidité permanente (OAIE pce 119).

H.

Dans une prise de position du 4 juin 2010, la Dresse Y._____, médecin de l'OAIE, reprenant les diagnostics déjà évoqués dans l'expertise bidisciplinaire, déclare l'assurée apte à travailler dans toute activité dès le 12 juin 2009. La praticienne souligne que la rente avait été initialement octroyée en raison d'une comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie de l'assurée, et non en raison de ses affections rhumatologiques. Or, celles-ci ne s'étant pas aggravées et l'assurée ne présentant plus qu'une dysthymie, la praticienne retient que l'état de santé général de l'intéressée, qui a en outre retrouvé une meilleure mobilité à la suite d'une forte perte pondérale, lui permet de reprendre une activité à plein temps dans tout type d'activité (OAIE pce 121).

I.

Par projet de décision du 21 juin 2010, l'OAIE, reprenant les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 12 janvier 2010, constate que l'état de santé de l'assurée s'est notablement amélioré d'un point de vue psychique, permettant ainsi à cette dernière d'exercer une activité lucrative à temps plein dans tout type d'activité. Dès lors, l'autorité inférieure supprime le droit à une rente d'invalidité de la recourante (OAIE pce 122).

J.

Par opposition du 16 juillet 2010, l'assurée annonce une opération de la colonne et argue toujours de fortes douleurs au niveau lombaire, ainsi qu'au niveau des épaules et du genou droit. Celle-ci fait valoir que son médecin orthopédique lui interdit le moindre effort (OAIE pce 127); elle joint les pièces suivantes:

- des résultats d'IRM de l'épaule droite du 14 décembre 2009 par le Dr BB._____, indiquant une discrète hétérogénéité structurelle du tendon avec petite rupture incomplète de la coiffe sur le versant articulaire, un discret épanchement de la bourse subacromio-deltaïdienne, un discret remaniement du tendon sus-scapulaire, un discret épanchement articulaire gléno-huméral et un discret épanchement acromio-claviculaire (OAIE pce 123);
- des résultats radiologiques de la colonne lombo-sacrée du 2 mars 2010 du Dr CC._____, mentionnant chez l'assurée de discrets troubles dégénératifs en L2-L3, une protrusion discale médiane postérieure en L3-L4, une légère ostéophytose marginale en L4-L5, une lyse isthmique bilatérale de L5 et une spondylolisthésis très discrète de degré I/IV (OAIE pce 124);
- un rapport orthopédique du 7 juin 2010 du Dr Q._____, dont il ressort que l'assurée présente des cervico-brachialgies droites, des douleurs du membre supérieur droit, des lombalgies basses L5-S1, des gonalgies bilatérales avec deux composantes, fémoro-patellaire et méniscales, sans antécédent traumatique (OAIE pce 125);
- un rapport médical manuscrit du 15 juillet 2010 du Dr T._____, indiquant que l'assurée présente des douleurs et une incapacité fonctionnelle du membre supérieur droit en raison d'une rupture de la coiffe des rotateurs, ainsi que des lombalgies traitées sans succès; le médecin déclare l'intéressée incapable de travailler ou d'effectuer ses tâches ménagères (OAIE pce 126).

K.

Dans une prise de position du 27 août 2010, la Dresse Y._____, constate que les nouveaux certificats produits font état de lésions qui ont déjà été prises en compte lors de la dernière expertise, avec un examen qui ne montrait pas de limitations fonctionnelles significatives et maintient dès lors, ses précédentes conclusions (OAIE pce 129).

L.

Par décision du 20 septembre 2010, notifiée le 1^{er} octobre 2010, l'OAIE supprime par voie de révision la rente entière de A._____ avec effet au 1^{er} novembre 2010, au motif que l'état de santé de celle-ci s'est notablement amélioré du point de vue psychique, retrouvant ainsi une capacité de travail entière dans toute activité; l'autorité argue que la documentation médicale produite en procédure d'audition confirme les

atteintes déjà connues et n'apporte pas d'éléments nouveaux (OAIE pces 132 s.).

M.

Le 26 octobre 2010, A._____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal); concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité, la recourante argue une aggravation de son état de santé, sur la base de nouveaux certificats médicaux qu'elle produira par la suite et souligne que l'aide d'un tiers lui est nécessaire au quotidien (TAF pce 1).

N.

Par décision incidente du 9 novembre 2010, notifiée le 12 novembre 2010, le Tribunal invite la recourante à verser une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-- dans un délai de 30 jours dès réception, montant dont l'intéressée s'est acquitté le 20 novembre 2010 (TAF pces 2 à 4).

O.

Par réponse du 10 février 2010, l'OAIE conclut à l'admission partielle du recours, en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à la recourante encore jusqu'au 30 novembre 2010, confirmant pour le surplus la décision attaquée. L'autorité inférieure argue en outre que la recourante n'a amené en procédure de recours aucun élément nouveau permettant de mettre en doute l'appréciation globale de son service médical (TAF pce 6).

P.

Par réplique du 16 mars 2011, la recourante transmet plusieurs documents médicaux (TAF pce 9):

- un rapport médical du 16 novembre 2010 par le Dr DD._____, relevant une hernie discale C4-C5 postéro-latérale droite, une protrusion discale en C6-C7, en L3-L4 et en L5;
- des résultats de neurophysiologie du 28 janvier 2011 du Dr EE._____, décrivant au niveau des membres supérieurs une atteinte compatible avec un syndrome du tunnel carpien bilatéral d'intensité légère et des signes d'atteinte neurogène chronique modérée du myotome C8 au niveau du membre supérieur droit, ainsi que des signes d'une atteinte neurogène chronique discrets des myotomes L3-L4 de la hanche gauche;

- un rapport orthopédique du 10 mars 2011 du Dr T._____, dont il ressort que l'assurée a été traitée par infiltration de corticoïdes sans succès pour des douleurs et rigidité du membre supérieur droit, suivie par de longues périodes de physiothérapie; le médecin souligne en outre que l'assurée va subir une laminectomie décompressive et une arthrodèse lombo-sacrée en raison de ses lombosciatalgies gauches et indique une incapacité de travail de 53.115%.

Q.

Dans une prise de position du 5 avril 2011, le service médical de l'OAIE confirme ses précédentes conclusions, estimant que les certificats produits ne font pas état d'éléments nouveaux significatifs du point de vue médical, permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise CEMED du 12 janvier 2010 (OAIE pce 135).

R.

Par duplique du 13 avril 2011, l'OAIE confirme ses précédentes conclusions et estime que les nouvelles pièces produites ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas; l'autorité inférieure renvoie à la prise de position du 5 avril 2011 de son service médical (TAF pce 11).

S.

Par ordonnance du 26 avril 2011, le Tribunal transmet un double de la duplique de l'autorité inférieure à la recourante et invite celle-ci à déposer ses éventuelles observations dans un délai de 30 jours dès réception. La recourante ne réagit pas dans le délai imparti (TAF pce 12).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} 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. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), 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 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (TAF pce 1) et la recourante s'étant acquitté de l'avance de frais (TAF pces 2 à 4), il est entré en matière sur le fond (art. 60 LPGA et 52 PA).

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des

autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.2 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71. Les nouveaux règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur depuis le 1^{er} avril 2012 entre la Suisse et les Etats

membres de l'Union européenne, remplaçant les règlements (CEE) n°1478/71 et 574/72, ne sont pas applicables

3.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

4.

4.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). La décision litigieuse étant datée du 20 septembre 2010, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129) sont applicables à la présente cause. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.2 Dans ce contexte, on note que les dispositions légales concernant les révisions suite à une modification de l'état de santé (art. 17 al. 2 LPGA; art. 87ss du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) n'ont subi aucune modification avec l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI.

5.

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

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 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% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40 % au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

6.

6.1 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. 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, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 2).

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

6.2 L'art. 88a al. 1 RAI 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 que l'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.

6.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 343 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 LPG (ATF 112 V 371 consid. 2b).

7.

À titre préliminaire, il convient d'examiner les moments décisifs pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans la présente affaire.

7.1 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 LPG, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, 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 (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74^{ter} RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré que, au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits si il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

7.2 En l'espèce, par prononcé du 16 mai 2001 (OAIE pce 38), la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 1999 en raison de troubles somatoformes douloureux associés à un état dépressif chronique d'intensité moyenne à sévère, avec agoraphobie et attaque de panique. Cette décision a été reconduite par communication du 12 mai 2005 (OAIE pce 85) sur la base de plusieurs avis médicaux des médecins traitants et d'un formulaire E 213 du 4 janvier 2005, dont il ressort que l'assurée souffre de dysthymie et de lésions dégénératives de la colonne vertébrale et retrouve dès lors une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans des activités adaptées. Le médecin de l'OAIE s'est toutefois écarté de cette appréciation sans motifs particuliers et sans commander d'expertise psychiatrique complémentaire, retenant que, malgré une amélioration temporaire de son état de santé psychique, l'intéressée souffrait encore de symptômes dépressifs nécessitant un traitement thérapeutique et médicamenteux (OAIE pces 52, 53, 58, 59, 79, 81 et 82).

7.3 Par conséquent, le Tribunal ne saurait considérer qu'un examen approfondi a eu lieu lors de la première procédure de révision d'office, puisqu'une expertise indépendante se prononçant sur l'incapacité de travail de la recourante faisait défaut, alors qu'au vu des contradictions au dossier, une instruction complémentaire était nécessaire. Ainsi, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale, soit le 16 mai 2001 et ceux qui ont existé jusqu'au 20 septembre 2010, date de la décision querellée.

8.

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 20 septembre 2010 (OAIE pce 81), à supprimer par voie de révision la rente entière de A._____ dès le 1^{er} novembre 2010, au motif que celle-ci a retrouvé une capacité de travail entière dans toute activité, suite à l'amélioration de son état psychique, ce dès le 12 juin 2009.

9.

9.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI 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. 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 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 (art. 16 LPGA).

9.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

9.3 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

9.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit

pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

10.

10.1 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATF 132 V 65 consid. 4.3; cf. P. A. BUCHARD, "Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?", in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443, spécialement p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffauser/Schlauri [éd.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). Le trouble somatoforme douloureux se définit en termes de discrédance entre la subjectivité du patient qui éprouve une douleur préoccupante et l'objectivité médicale qui ne permet pas de détecter ce que l'on s'attend à trouver en pareil cas sur la base des savoirs acquis et des techniques à disposition permettant de mesurer et objectiver les symptômes (cf. PIRROTTA, op. cit., p. 524).

10.2 Le Tribunal fédéral s'est exprimé sur les conditions auxquelles des troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant (ATF 130 V 352; Arrêt du Tribunal fédéral I 870/02 du 21 avril 2004 consid. 3.3.1 et I 515/03 du 15 septembre 2004

consid. 3.3.1 et 3.3.2 et les références citées; voir ég. JEAN PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité in: Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 517, 523 ss).

10.3 Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. Au demeurant, par exemple, la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

Compte tenu des difficultés en matière de preuve, les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi il serait enfreint à l'égalité de traitement entre les assurés. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une comorbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort

de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; PIRROTTA in: RSAS 2005 p. 525).

10.4 Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 50, 130 V 354; PIRROTTA, op. cit., 525 s.). Tel est le cas 1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) d'un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intenses douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2).

11.

11.1 En l'espèce, le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu à A._____ initialement par prononcé du 16 mai 2001 (OAIE pce 38) en raison d'un trouble somatoforme douloureux confirmé par plusieurs médecins traitant (OAIE pces 4, 12 et 24), associé à un état dépressif chronique d'intensité moyenne à sévère avec agoraphobie et attaque de panique, reconnu par les Drs F._____ et G._____ dans une expertise psychiatrique du 19 février 2001, dont il ressort que l'assurée était alors incapable de travailler à 70% dans son activité habituelle, sous réserve d'une amélioration éventuelle après la mise en place d'un suivi thérapeutique.

D'un point de vue somatique, la Dresse E._____ fait état chez l'assurée, en sus d'un trouble somatoforme douloureux extrêmement variable, d'une lyse isthmique bilatérale en L5, d'une gonarthrose débutante à gauche, ainsi que d'une arthrose de la rotule; elle estime que l'assurée est limitée dans son activité de femme de ménage, bien qu'il soit possible de retenir une certaine capacité de travail dans des activités adaptées ne surchargeant pas le rachis et ne nécessitant pas l'emploi de la force (OAIE pces 12 et 24). En outre, le médecin SMR, dans un rapport du 22 mars 2001, reprenant les conclusions de l'expertise psychiatrique susmentionnée, souligne que les troubles psychiques de l'assurée sont principalement responsables de son incapacité de travail et qu'un traitement adéquat serait susceptible d'améliorer grandement cette capacité de travail (OAIE pce 30; cf. *supra* let. B).

11.2 Suite à une première procédure de révision entamée en 2002 par l'Office AI cantonal et continuée en 2004 par l'OAIE, l'autorité inférieure, par communication du 12 mai 2005 (OAIE pce 85) a maintenu le droit à une rente entière d'invalidité de la recourante, au motif que son état de santé ne s'était pas amélioré de manière à influencer son taux d'invalidité, ce malgré une amélioration passagère de l'état dépressif de l'intéressée en 2002 qui aurait alors permis une reprise du travail à 50% (cf. deux certificats psychiatriques du Dr I._____ des 20 mars et 28 novembre 2002; OAIE pces 53 et 58).

11.3 À l'époque, les médecins consultés font état d'une persistance d'un syndrome dépressif modéré et de dysthymie chez la recourante, nécessitant la poursuite d'un traitement thérapeutique et médicamenteux (cf. formulaire E 213 du 4 janvier 2005 et rapport psychiatrique du 10 janvier 2005 du Dr L._____; OAIE pces 81 et 82). En outre, il ressort du formulaire E 213 que la recourante, en raison de dysthymie et de lésions dégénératives de la colonne vertébrale, est incapable d'exercer son activité habituelle de femme de ménage à 50%, mais retrouve une capacité de travail à temps plein dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. Néanmoins, le service médical de l'OAIE, considérant que l'amélioration de l'état de santé psychique de la recourante n'était que passagère, au vu de la nécessité de la poursuite d'un suivi thérapeutique et médicamenteux, estime que la situation est restée inchangée depuis l'octroi de la rente (OAIE pce 84).

S'agissant des affections somatiques de la recourante, l'autorité inférieure conclut également à une situation inchangée depuis l'octroi de la rente d'invalidité, les atteintes de l'appareil locomoteur de la recourante étant

toujours présentes, ce bien que la Dresse E. _____, médecin traitant, fasse état dans deux rapports médicaux des 4 mars et 9 décembre 2002 d'une aggravation progressive de tout l'appareil ostéomusculaire de la recourante, empêchant celle-ci de s'occuper de son ménage et nécessitant une médication ainsi qu'un suivi physiothérapeutique régulier; elle décrit notamment une lombalgie chronique sur spondylose L5 bilatérale, une lombosciatalgie chronique gauche sur dysplasie du condyle fémoral et une dysplasie de la rotule (OAIE pces 52 et 59). D'autre part, le Dr J. _____ fait mention dans un rapport orthopédique du 29 décembre 2004, de lombosciatalgies, de légère raideur lombaire et cervicale, de signes d'épicondylite droite, ainsi que de douleurs de la colonne cervicale, de l'épaule droite, des genoux, du pouce et du coude droit (OAIE pce 79).

12.

12.1 Lors de la procédure de révision d'office, initiée par l'OAIE en 2009, qui a donné lieu à la décision litigieuse, l'OAIE a essentiellement versé aux actes une expertise rhumatologique et psychiatrique du 22 avril 2010 des Drs Z. _____ et AA. _____ (OAIE pce 119). Les experts n'ont retenu aucuns diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de la recourante. Ils ont en particulier observé que celle-ci ne présentait plus qu'une dysthymie et récemment qu'un épisode dépressif léger, retenant dès lors que le syndrome douloureux somatoforme persistant - confirmé par la présence de tous les triggers points - ne pouvait plus être considéré comme invalidant; en sus, considérant les autres atteintes somatiques de l'assurée comme stables ou débutantes, ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles à cet égard, ni d'invalidité durable, soulignant entre autre une perte de poids importante (32 kg en deux ans) améliorant l'état général de l'intéressée. L'autorité inférieure a dès lors constaté une nette amélioration de la situation clinique de la recourante sur le plan psychique et un état somatique stable, concluant ainsi à une capacité entière de travail retrouvée dans tout type d'activité. Cette expertise avait été jugé nécessaire au vu des appréciations contradictoires de la capacité de travail de la recourante ressortant de plusieurs rapports médicaux versés en cause.

12.2 Quant à la recourante, elle fait principalement valoir que son état de santé ne lui permet pas de reprendre une quelconque activité, eu égard à de fortes douleurs lombaires, nécessitant prochainement une opération. Elle présente en procédure d'audition, outre plusieurs rapports orthopédiques et radiologiques confirmant les diagnostics déjà posés, un

rapport médical du 15 juillet 2010 du Dr T._____, qui lui reconnaît une incapacité de travail en raison de lombalgies et d'incapacité fonctionnelle du membre supérieur droit (OAIE pce 126). En procédure de recours, elle verse également en cause plusieurs rapports médicaux postérieurs à la décision attaquée, faisant état d'une hernie discale C4-C5 et de protrusion discale en C6-C7, L3-L4 et en L5, ainsi que d'une atteinte neurogène chronique modérée du myotome C8 au niveau du membre supérieur droit et d'une atteinte discrète des myotomes L3-L4 de la hanche gauche. En outre, la recourante produit un rapport orthopédique du Dr T._____ du 10 mars 2011, annonçant qu'elle subira prochainement une laminectomie décompressive et une arthrodèse lombo-sacrée pour ses lombosciatalgies gauches; le médecin déclare l'intéressée invalide à 53.115%.

13.

13.1 Tout d'abord, le Tribunal relève que les différents médecins s'accordent sur le fait que la recourante souffre de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux (OAIE pces 95, 101 et 119). D'autres affections somatiques lui sont également reconnues de manière unanime, à savoir un diabète mellitus stable, des atteintes au niveau des mains (altérations dégénératives, syndrome du canal carpien et tendinite de Quervain), au niveau de l'épaule (tendinite du tendon sus-épineux et arthrose acromio-claviculaire), ainsi qu'au niveau des genoux/hanches (gonalgies bilatérales débutantes et coxarthrose débutante) et au niveau lombaire (hyperlordose lombaire basse, lyse isthmique L5-S2 et spondylolisthésis L5-S1; OAIE pces 92, 93, 94, 98, 100, 101, 119 et 123 à 126). En particulier, il est admis de part et d'autre que A._____ souffre de trouble dépressif chronique (OAIE pces 95, 98, 100 et 119), bien que les avis médicaux divergent quant à la gravité de son état psychique au moment de la décision entreprise.

13.2 S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le corps médical peine à s'accorder sur les conséquences des affections somatiques et psychiques de la recourante. En effet, selon un très bref formulaire E 213 du 2 juin 2009, la recourante ne présentait pas de pathologie invalidante dans sa profession, malgré un diabète de type II, une gonarthrose gauche débutante, une arthrose acromio-claviculaire droite et un syndrome dépressif (OAIE pce 100). À l'inverse, le Dr Carlos Peixerio dans un rapport médical du 25 mai 2009 (OAIE pce 95), déclarait l'intéressée totalement incapable de travailler notamment en raison d'une fibromyalgie, d'ostéoarthrose et de dépression; le

Dr T._____ arrivait à la même conclusion dans un rapport orthopédique du 29 mai 2009 (OAIE pce 98). D'autre part, les Drs V._____ et W._____ estimaient au contraire l'assurée capable de travailler dans des activités légères n'exigeant pas de capacités affectives ou cognitives, sans toutefois se prononcer plus précisément (OAIE pces 99 et 101). Au vu de ces divergences et des rapport médicaux peu précis et plutôt succincts, il apparaît au Tribunal qu'une expertise bidisciplinaire, telle que réclamée par le service médical de l'OAIE, était effectivement nécessaire pour faire la lumière sur l'évolution des troubles psychiques et somatiques de l'assurée et l'influence de ceux-ci sur sa capacité de travail.

13.3 À ce propos, le Tribunal relève qu'au moment de l'octroi de la rente initiale, les experts psychiatres avaient reconnu à la recourante un état dépressif d'intensité moyenne à sévère avec agoraphobie et attaque de panique, notamment à la suite d'une tentative de suicide (OAIE pce 28). Ils avaient toutefois précisé que la mise en place d'un suivi psychothérapeutique et d'un traitement antidépresseur adéquat - alors inexistant - devrait entraîner une amélioration de l'état psychique de l'assurée. Or, il semble que les traitements entrepris ont permis une telle amélioration déjà à partir de 2002, eu égard aux rapport médicaux du Dr I._____ (OAIE pces 53 et 58), indiquant un trouble dépressif léger entraînant une capacité de travail de 50% en raison d'une vulnérabilité structurelle; diagnostic par ailleurs confirmé en 2005 par les Drs L._____ et M._____ qui font état d'un trouble dépressif modéré et de dysthymie (OAIE pces 81 et 82).

Prenant en compte ces différents éléments, les Drs Z._____ et AA._____, dans leur expertise bidisciplinaire du 22 avril 2010, estiment que la recourante, souffrant de dysthymie depuis mars 2002, a retrouvé une capacité entière de travail du point de vue psychique, ce malgré un nouvel épisode dépressif léger probablement réactionnel à la révision de sa rente (pp.15 et 16 de l'expertise), rejoignant ainsi l'avis du Dr V._____ dans son rapport du 12 juin 2009 (OAIE pce 99), seul médecin traitant ayant pris position de manière précise sur l'évolution du trouble psychique de l'assurée, les autres médecins se contentant de décrire un trouble dépressif ou des problèmes psychiques, sans indiquer dans quelle mesure ils contribuent à l'incapacité de travail qu'ils reconnaissent à la recourante (OAIE pces 95, 98 et 100). Par ailleurs, la recourante ne semble plus présenter d'attaque de panique ou de signes d'agoraphobie.

De plus, bien qu'en reconnaissant à l'intéressée plusieurs atteintes somatiques, telles que mentionnées supra consid. 13.1, les experts font état d'une amélioration de l'état somatique de la recourante, qui, grâce à une perte de poids importante, a retrouvé une plus grande liberté de mouvements et a vu ses douleurs diminuer. En outre, relevant une relativement bonne mobilité du rachis et de la colonne cervicale, ainsi qu'une capacité à se mouvoir sans problème (p. 11), les experts estiment qu'au vu du caractère débutant ou stable des atteintes de l'intéressée, une invalidité permanente ne peut pas être retenue à ce titre (p. 14). Dès lors, force est de constater une amélioration de l'état somatique de la recourante d'un point de vue fonctionnel, n'entraînant plus aucune limitation fonctionnelle.

13.4 Au vu de ce qui précède, il apparaît au Tribunal que l'expertise effectuée par les Drs Z._____ et AA._____ présente sans nul doute valeur probante et répond aux exigences jurisprudentielles à cet égard (cf. *supra* consid. 9.3). Dès lors, le Tribunal ne saurait s'écarter des conclusions des experts, d'autant plus que, selon la jurisprudence, le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.); le juge doit par ailleurs tenir compte du fait que 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

13.5 Par ailleurs, il apparaît au Tribunal, tel qu'exposé par la Dresse Y._____, médecin de l'OAIE, dans son rapport du 27 août 2010 (OAIE pce 129), que les rapports médicaux produits en procédure d'audition par la recourante (OAIE pces 123 à 126), n'apportent pas d'éléments nouveaux; en effet, ils sont en partie antérieurs à l'expertise du 22 avril 2010 ou ont déjà été pris en compte par celle-ci (cf. p. 17).

13.6 Partant, au vu de tout ce qui précède, le Tribunal se doit, à l'instar du service médical de l'OAIE, de retenir que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré d'un point de vue psychique et stabilisée d'une point de vue somatique depuis l'octroi de la rente. Dès lors, eu

égard à la jurisprudence cités plus haut (cf. consid. 10), la fibromyalgie de la recourante ne saurait être considérée comme invalidante et une capacité de travail totale dans son activité habituelle et dans tout autre type d'activités doit lui être reconnue depuis le 12 juin 2009.

La récente jurisprudence en matière d'expertises effectuées par les COMAI ne change rien à ce qui précède, la valeur probante d'une expertise COMAI recueillie selon les anciens principes de procédure n'étant pas à priori amoindrie (ATF 137 V 210, consid. 6; arrêt du TF 9C_620/2011 du 30 mars 2012, consid. 3.3.2).

14.

14.1 Concernant le moment où l'autorité inférieure était habilitée à supprimer la rente d'invalidité de la recourante, le Tribunal rappelle qu'en règle générale, la suppression de la rente, après révision, prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI). Dès lors, attendu que la décision du 20 septembre 2010 a effectivement été notifiée le 1^{er} octobre 2010, la rente ne pouvait être supprimée qu'à compter du 1^{er} décembre 2010 en application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI. Le recours du 26 octobre 2010 doit, eu égard à ce qui précède et conformément aux conclusions de l'administration prises dans sa réponse du 10 février 2010 (TAF pce 6), être partiellement admis et la décision du 20 septembre 2010 réformée en ce sens que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité est maintenu jusqu'au 30 novembre 2010.

14.2 Il convient de relever, au surplus, que les derniers documents produits par la recourante dans sa réplique du 16 mars 2011, s'ils semblent faire état d'une aggravation de ses atteintes lombaires, sont postérieurs à la décision attaquée et ne permettent pas une meilleure compréhension de la situation médicale de l'assuré avant celle-ci. Dès lors, le Tribunal ne saurait prendre en compte ces documents dans le cadre de la présente procédure (cf. ATF 121 V 366, 116 V 248). Il appartiendra à la recourante, dans l'hypothèse où elle redevient invalide, de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse, comme l'a à juste titre indiqué l'autorité inférieure dans sa réponse du 10 février 2010.

15.

Au vu de ce qui précède, le recours du 26 octobre 2010 doit être partiellement admis, en ce sens que la rente entière d'invalidité de la

recourante est maintenue jusqu'au 30 novembre 2010. Pour le surplus, le recours est rejeté et la décision du 20 septembre 2010 de l'autorité inférieure confirmée.

16.

La recourante n'ayant eu gain de cause que de manière marginale (maintien de la rente pour un mois supplémentaire), il convient de lui faire supporter l'ensemble des frais de procédure. Ceux-ci, fixés à Fr. 400.--, sont ainsi mis à sa charge (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF) et sont compensés avec l'avance de frais déjà versée.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2008 concernant les frais dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours du 26 octobre 2010 est partiellement admis et la décision du 20 septembre 2010 est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 novembre 2010. Pour le surplus, le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.--, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé +AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ___.___.__ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

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 :