



Cour III
C-7759/2006
{T 0/2}

Arrêt du 30 janvier 2009

Composition

Johannes Frölicher (président du collège),
Stefan Mesmer, Franziska Schneider, juges,
Valérie Humbert, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Feliciano Costa,
Rua Vasconcelos e Castro N°15, 2° Andar,
PT-4760-169 Vila Nova de Famalicão,
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,
intimé,

Objet

révision de rente (décision du 22 novembre 2006)

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante portugaise, née le 5 avril 1963, mariée et mère de deux enfants nés en 1983 et 1992. Sans formation professionnelle spécifique, elle a été engagée en qualité d'aide-lingère dans un home médicalisé à Genève, à plein temps de 1990 à 1998 (pce 2). Éprouvant diverses douleurs, elle a cessé complètement son activité le 24 novembre 1997.

B.

B.a Le 15 octobre 1998, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OCAI-GE; pce 1). Dans cette procédure, ont été principalement versés au dossier en cours d'instruction:

- x Le questionnaire pour l'employeur du 13 août 1999 qui renseigne sur les activités de l'assurée, son horaire de travail ainsi que sur son salaire (pce 2);
- x le rapport médical du 9 décembre 1998 du Dr B._____, médecin interniste à Z._____, lequel date l'atteinte à la santé à environ 1995 et diagnostique un état dépressif majeur, une fibromyalgie, une obésité ainsi qu'une hypertension artérielle. Il annexe à sa prise de position la documentation médicale suivante:
 - un rapport d'échographie établi le 11 mars 1998 par le Dr C._____, cardiologue à Z._____, lequel exclut une pathologie cardiaque tout en relevant une légère insuffisance tricuspidiennne (pce 3);
 - un rapport d'interprétation d'un électrocardiogramme effectué les 7 et 8 janvier 1998 par le Dr C._____ concluant à une tendance à la tachycardie déjà à l'effort moyen et suggérant pour améliorer l'aptitude physique un entraînement cardiovasculaire régulier sans prise de médicaments (pce 4);
 - un rapport de tomodensitométrie (TDM) axiale de l'abdomen supérieur rédigé le 30 décembre 1997 par le Dr D._____ à

Z._____, révélant une discrète stéatose hépatique, sans lésion focale, la présence de boue biliaire ainsi qu'un lipomatose sinusale bilatérale au niveau des reins (pce 5);

- un courrier adressé le 5 juin 1996 par le Dr E._____, spécialiste des maladies immuno-allergiques et rhumatismales à Z._____, au Dr F._____, également à Z._____, au sujet d'un traitement antidouleur par neurostimulation transcutanée (TENS) qui n'a subjectivement eu aucun effet. Ce médecin évoque un "syndrome douloureux chronique dans le sens psychosomatique du terme" et propose un traitement antidépresseur et reprise progressive du travail (pce 6 ss);
 - un courrier qu'adresse le 26 novembre 1998 le Dr H._____, rhumatologue à Z._____, au Dr B._____, dans lequel il note que tous les contrôles radiologiques et sanguins sont sans problème et confirme le diagnostic de fibromyalgie tout en précisant que la patiente est suivie par le Dr G._____ pour un état dépressif (pce 9);
- x Le rapport intermédiaire du 27 octobre 2000 du Dr B._____ qui diagnostique toujours une fibromyalgie avec état dépressif traitée par physiothérapie, antidépresseur, antalgique et suivi rhumatologique. Il estime l'état de santé stationnaire et l'incapacité de travail totale (pce 11);
- x Le rapport médical du 29 décembre 1998 du Dr G._____, psychiatre et psychothérapeute à Z._____, lequel retient un épisode dépressif moyen, une fibromyalgie, de l'obésité et de l'hypertension artérielle. Il souligne que la patiente est centrée sur ses douleurs et l'incapacité de travail est totale. A son avis, la continuation du traitement médical peut améliorer la capacité de travail et il conseille une observation en atelier (pce 13);
- x Un rapport médical du 31 mars 1998 de la division d'endocrinologie et de diabétologie des Hôpitaux Universitaires de Z._____ excluant après examen une maladie ou un syndrome de Cushing et attribuant l'hypercortisisme basal détecté à l'obésité et à l'état dépressif de la patiente (pce 14).

B.b Ces documents ont été soumis à l'appréciation Dr I._____, médecin à l'OCAI-GE, qui dans sa prise de position du 17 janvier 2001, prescrit une expertise pluridisciplinaire (pce 22).

B.c L'expertise a été confiée au Centre d'Observation Médical de l'Assurance Invalidité (COMAI) de la Policlinique médicale universitaire de W._____. Le rapport du 30 avril 2002, signé par le Dr J._____, médecin-chef adjoint, se fonde sur le dossier AI, sur un examen clinique entrepris le 11 décembre 2001, sur une consultation rhumatologique effectuée par le Dr K._____ le 12 décembre 2001 et sur une consultation psychiatrique menée par le Dr L._____ le 18 janvier 2002. Il en ressort en substance que les experts retiennent comme ayant une influence sur la capacité de travail une atteinte à la santé physique sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi qu'une atteinte à la santé psychique sous forme d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique dans un contexte de trouble dépressif récurrent. Ils proposent également une adaptation du traitement antidépresseur afin d'améliorer le degré de l'état dépressif. La capacité de travail résiduelle dans l'activité exercée est néanmoins évaluée à 50% pour autant qu'il n'y ait pas trop de port de charges lourdes. Tant l'obésité que l'hypertension artérielle ne sont pas jugées invalidantes en ce qui concerne la capacité de travail (pce 25).

B.d Dans sa prise de position consécutive du 20 mars 2003, le Dr M._____, médecin de l'office AI du canton du Jura (OCAI-JU) lequel fut mandaté par l'OCAI-GE en surcharge de travail pour examiner la demande de l'assurée, propose de statuer sur une demi-rente (pces 30 et 32).

B.e Par décision du 10 septembre 2003, fondée sur un prononcé du 23 avril 2003 (pce 33) retenant un degré d'invalidité de 50% pour maladie de longue durée dès le 24 novembre 1998, l'OCAI-GE a alloué une demi-rente à A._____ (pce 34).

B.f A la suite du départ au Portugal de l'assurée, le dossier a été transmis pour compétence le 5 avril 2005 à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 37).

C.

C.a Au cours de la révision de la rente entreprise d'office en avril 2005, les pièces suivantes ont été notamment versées en cause:

- x L'expertise E213 établie le 24 mai 2004 par le Dr G._____ à la suite d'un examen médical effectué le 13 mai 2004 et qui diagnostique un épisode dépressif moyen (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM [ICD-10] F32.1) en précisant qu'il n'y a pas d'amélioration clinique. Selon lui, l'ancienne activité de lingère comme toute autre activité n'est plus possible à plein temps, toutefois une activité adaptée, telle que vendeuse, à raison de 3-4 heures par semaine, serait exigible (pce 44);
- x La prise de position du 10 juin 2005 du Dr N._____, médecin à l'OAIE, qui requiert une expertise psychiatrique spécifique (pce 39);
- x Le questionnaire pour la révision de la rente, complété par l'assurée le 19 février 2006, indiquant qu'elle n'a jamais repris d'activité professionnelle (pce 40);
- x L'expertise E213 du 7 décembre 2005 du Dr O._____, médecin au Centre de sécurité sociale de V._____ au Portugal, lequel retient une fibromyalgie, une dysthymie et un tableau dépressif (pce 47);
- x Un rapport médical psychiatrique du 12 septembre 2005 de la Dresse P._____, médecin au centre médical de U._____ à V._____, laquelle conclut à un tableau clinique compatible avec une dysthymie à l'heure actuelle euthymique et estime que cette pathologie entraîne une incapacité de 40% selon les tabelles portugaises d'incapacité (pce 45);
- x Une déclaration médicale du 26 novembre 2005 de la Dresse R._____ de la clinique Za._____ affirmant qu'elle a traité A._____ ce jour-même pour dépression majeur et fibromyalgie (pce 46).

C.b Dans sa prise de position du 19 juin 2006, complété le 14 août suivant, le Dr N._____ de l'OAIE estime qu'il existe un trouble somatoforme douloureux associé à une discrète pathologie psychiatrique, que la situation s'est objectivement améliorée que l'activité antérieure, de même qu'une activité de substitution comme surveillante de musées, vente par correspondance, petite livraison avec véhicule est exigible à 60% dès le 12 septembre 2005 (pce 50 et 52).

C.c En date du 25 août 2006, l'OAIE a soumis à A._____ un projet de décision remplaçant sa demi-rente par un quart de rente, sa capacité de travail s'étant améliorée passant de 50 à 60% (pce 53).

C.d En procédure d'audition, l'assurée a produit deux rapports médicaux. Le premier, daté du 23 septembre 2006, émane de la Dresse R._____ qui certifie que l'assurée est en traitement psychiatrique pour dépression majeure depuis un an. Le second, du 25 septembre 2006 est rédigé par la Dresse S._____, médecin de famille de A._____, et certifie que cette dernière présente un cadre clinique compatible avec une dépression majeure, une fibromyalgie et une hypertension artérielle qui rendent impossible une quelconque activité professionnelle (pces 54 et 55).

C.e Invité à se déterminer au vu de cette nouvelle documentation, le Dr N._____ maintient sa position faisant remarquer que l'assurée prend des antidépresseurs dans leur dose la plus basse, que le Dresse S._____ ne fait que répéter ce que dit la Dresse R._____ laquelle en 2005 obscurcissait déjà la situation par rapport à la Dresse P._____. A son avis la dépression décrite est immanente aux troubles somatoformes; elle est chronique et le concept de dépression majeure ne dit rien de la gravité mais n'évoque que la durée (pce 57).

C.f Par décision du 22 novembre 2006, l'OAIE a remplacée la demi-rente par un quart de rente à partir du 1^{er} janvier 2007 (pce 59).

D.

D.a Par acte du 21 décembre 2006 adressé à l'OAIE et transmis le 15 janvier 2007 au Tribunal administratif fédéral (TAF), A._____, interjette recours par l'entremise de son avocat contre cette décision concluant implicitement à son annulation et requérant de nouveaux examens médicaux afin de faire constater la dégradation de son état de santé. A l'appui de son recours, elle produit copies de deux pièces figurant déjà au dossier ainsi qu'une "déclaration clinique" datée du 19 décembre 2006 du Dr T._____ du service de rhumatologie de la Clinica Q._____, lequel déclare que A._____ souffre du syndrome de fibromyalgie accompagné d'une grave dépression et qu'elle ne peut exercer régulièrement sa profession.

D.b Dans sa réponse au recours du 21 décembre 2006, l'autorité intimée confirme la décision litigieuse au motif qu'à la suite de la

documentation fournie par l'organisme de liaison portugais et des prises de positions consécutives de son service médical, la santé de la recourante s'est améliorée sur le plan psychiatrique et qu'elle souffre d'une fibromyalgie associée à une dysthymie (non invalidante) entraînant une incapacité de travail de 40% dans l'ancienne activité.

D.c Invitée par ordonnance du TAF du 27 avril 2007 à se déterminer au vu de la réponse de l'autorité intimée, la recourante n'a pas réagi.

D.d Par ordonnance du 22 août 2008, le TAF requiert le versement d'une avance de frais dont la recourante s'est acquittée dans le délai imparti.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le TAF, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (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'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le TAF conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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. 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. Or, l'art. 1 al. 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 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 Le recours, adressé à l'OAIE, a été déposé à un office de poste portugais le 21 décembre 2006. Le TAF a succédé au 1^{er} janvier 2007 à la Commission fédérale de recours en matière AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger, compétente pour connaître de la présente cause jusqu'au 31 décembre 2006. C'est la raison pour laquelle l'OAIE a très justement transmis ledit recours, arrivé pendant les fêtes judiciaires (cf. art. 22a PA) à la Cour de céans. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable.

2.

Le TAF 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, 2^e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). 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; ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI).

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 du 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 à 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).

3.2 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^e 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). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129), ne concernent donc pas la présente procédure. Les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution seront donc citées dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2007.

4.

4.1 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 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.

4.2 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%.

5.

5.1 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. 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 343 consid. 3.5).

5.2 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. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet en principe, au plus tôt, le

premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement.

6.

6.1 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 LPGA, 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 toutefois, 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).

6.2 En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1998. La question de savoir si le degré d'invalidité 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 10 septembre 2003, date de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 22 novembre 2006, date de la décision litigieuse.

7.

7.1 En 2003, la décision d'octroi d'une demi-rente fondée sur une invalidité de 50% pour maladie de longue durée ne reposait pas sur une motivation spécifique. Le dossier contient une note intitulée "proposition du chef d'équipe", datée du 18 mars 2003 et signée d'un responsable de l'OCAI-JU. Cette pièce reprend en substance les conclusions de l'expertise du COMAI tout en remarquant que le rapport du 29 décembre 1998 du Dr G._____ pose le même diagnostic que ces experts. Figure également la prise de position du 20 mars 2003 du Dr M._____ de l'OCAI-JU qui se réfère également à l'expertise du COMAI pour proposer de statuer sur une demi-rente, l'assurée conservant une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité. Le taux d'invalidité ainsi retenu à l'époque ressort donc directement de l'expertise COMAI datée du 30 avril 2002 mais réalisée en décembre 2001. Les experts du COMAI ont indiqué que

les plaintes rapportées par l'assurée remontent essentiellement à 1996, bien qu'elle décrive une tendance dépressive depuis sa jeunesse. Elle a consulté en décembre 1997 un psychiatre, le Dr G._____, pour son état dépressif, ainsi qu'un interniste, le Dr B._____ en raison de ses douleurs musculaires diffuses. Les plaintes au moment de l'expertise se rapportent à des douleurs diffuses, fluctuantes, se déplaçant à diverses régions du corps mais sont localisées plus particulièrement au niveau des épaules et des membres supérieurs ainsi que des chevilles. Elles ne sont pas présentes tous les jours mais exacerbées lorsque la patiente se sent déprimée. Les radiographies ne montrent pas de lésion ostéo-articulaires significatives, la patiente se déplace avec aisance et il n'y a pas de mouvements d'épargne du dos. Toutefois, la consultation rhumatologique révèle la présence de 18 points de fibromyalgie sur 18 et le spécialiste en rhumatologie évoque un syndrome somatoforme douloureux persistant de l'appareil moteur de type fibromyalgie qui survient dans un contexte dépressif réactionnel. De son point de vue, et pour autant que la patiente ne soit pas uniquement affectée à des tâches lourdes, la capacité de travail dans l'ancienne activité est de 60%. Le psychiatre consulté pour l'expertise retiendra quant à lui un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il ne se prononce pas directement sur la capacité de travail, affirmant néanmoins que le tableau clinique, la durée de l'arrêt de travail, l'état de santé du mari et la dynamique du couple paraissent rendre illusoire la reprise d'une activité professionnelle même à temps partiel. En conclusion, l'expertise reprend le diagnostic du psychiatre mais limite la capacité de travail à 50%, arguant du jeune âge de la patiente, du fait qu'elle garde une intégration sociale et d'une possibilité d'améliorer le traitement antidépresseur.

7.2 Lors de la procédure de révision initiée d'office en avril 2005 qui a donné lieu à la décision litigieuse, l'OAIE a versé aux actes deux formulaires E213 et un rapport médical psychiatrique élaboré au Portugal. La première expertise E213 est rédigée par le Dr G._____, psychiatre consulté par la recourante durant son séjour en Suisse. Ce formulaire a visiblement été établi à la requête des organes de sécurité sociale portugais en mai 2004, sans doute lorsque la recourante a rejoint le Portugal. Ce rapport ne fait pas du tout état d'un trouble somatoforme douloureux persistant, le diagnostic posé est celui d'un épisode dépressif moyen et la capacité de travail est

estimée à 50%. La seconde expertise E213 du 7 décembre 2005 émane du Dr O._____, médecin au Centre de sécurité sociale à V._____, mais dont la spécialisation n'apparaît pas. Complété de manière lacunaire, ce document mentionne en guise de diagnostic, une fibromyalgie, une dysthymie et un tableau dépressif. Les rubriques concernant l'aptitude au travail ne sont pas comblées, à l'exception de celle qui précise qu'aux yeux de la législation du pays de résidence l'invalidité pour la dernière activité exercée est totale. Est annexée à ce formulaire, une déclaration médicale du 26 novembre 2005 de la Dresse R._____ qui affirme avoir traité le jour même la recourante pour dépression majeure et fibromyalgie. Quant au rapport du 12 septembre 2005 (qui précède donc chronologiquement la seconde expertise E213) de la Dresse F._____, qui semble avoir joué un rôle déterminant dans la prise de position du Dr N._____ de l'OAIE et dans la décision litigieuse consécutive, il est succinct et ne fait pas non plus mention d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux persistant, tout au plus il est fait allusion à de nombreuses plaintes somatiques peu spécifiées. La patiente est décrite comme collaborante, orientée dans l'espace et dans le temps, ne présentant aucune altération au niveau de la pensée ou de la perception. Il est également précisé qu'elle ne consulte pas de psychiatre. En conclusion, la Dresse P._____ retient une dysthymie actuellement en phase euthymique qui entraîne selon les tabelles portugaises une incapacité de 40%.

Dans un rapport manuscrit du 23 septembre 2006, la Dresse R._____ affirme que la recourante est en traitement psychiatrique pour dépression majeure depuis environ un an et que cette pathologie entre dans le groupe des perturbations chroniques, récidivantes et incapacitantes. Elle évoque également une fibromyalgie et parle d'un retard psychomoteur accentué, d'une lenteur cognitive et d'une rigidité musculaire associée à une fatigue chronique. L'incapacité de travail est à son avis totale. La Dresse S._____, médecin de famille, reprend pratiquement mot à mot ce diagnostic dans son information clinique du 25 septembre 2006, y ajoutant l'hypertension artérielle.

C'est sur la base de cette documentation médicale, soumise à l'appréciation du Dr N._____ du service médical de l'OAIE, que l'autorité, concluant à une amélioration de l'état de santé et à l'exigibilité à 60% de l'ancienne activité, a réduit la rente à un quart par décision du 22 novembre 2006.

8.

8.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

8.2 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

8.3 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 351 consid. 3a et les références).

9. Avant l'examen de la documentation médicale, il sied de clarifier quelques notions de vocabulaire médical. La fibromyalgie est une affection rhumatismale, reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (CIM [ICD-10] M79.0), qui présente des manifestations cliniques pour l'essentiel similaires à celle observées lors de troubles somatoformes douloureux (CIM [ICD-10] F.45.40) si bien qu'il n'est pas rare de voir certains médecins se référer indistinctement à l'une ou l'autre dénomination, voire assimiler comme en l'espèce l'une à l'autre (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1). JEGER explique cette différence par la spécialisation des médecins, les psychiatres parlant plutôt de troubles somatoformes douloureux et les rhumatologues de fibromyalgie (JÖRG JEGER, Somatoforme Schmerzstörung und Arbeitsunfähigkeit: Differenzen oder Konsens zwischen Medizin und Rechtsprechung ?, in: René Schaffhauser, Franz Schlauri [éd.] Medizin und Sozialversicherung im Gespräch, St-Gall 2006, p. 162). Dans les considérants qui suivent les deux termes seront donc utilisés en référence à un même diagnostic posé toutefois par des médecins différents.

9.1 S'agissant de la situation prévalant au moment de l'octroi de la rente, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise à l'origine de la décision de 2003 satisfait les exigences jurisprudentielles précitées. A ce propos, il n'est sans doute pas inutile de rappeler que la jurisprudence fédérale développant des critères plus restrictifs quant aux conditions permettant d'admettre – à titre exceptionnel – que des troubles somatoformes douloureux empêchent la poursuite d'une activité professionnelle, a été publiée postérieurement à la décision du 10 septembre 2003 (cf. ATF 130 V 352 = arrêt I 683/03 du 12 mars 2004). Par conséquent, il faut admettre la décision reposant, en 2003, sur une consultation psychiatrique et rhumatologique qui reconnaît un caractère invalidant à un trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie accompagné d'un trouble dépressif récurrent d'épisode actuel moyen, sans que de surcroît il soit clairement expliqué si ce dernier est indépendant ou réactionnel.

9.2 En revanche, la documentation réunie à l'occasion de la révision de la rente est plus critiquable. En effet, il existe un certificat psychiatrique du 12 septembre 2005 qui ne diagnostique qu'une dysthymie laquelle est définie selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM [ICD-10] F.34.1) comme un "abaissement chronique de l'humeur,

persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger". Il s'ensuit que selon la jurisprudence, la reconnaissance d'une dysthymie ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une incapacité de travail. Ce n'est que lorsqu'elle est couplée avec d'autres troubles que l'on considère qu'elle peut avoir des incidences importantes sur l'aptitude au travail (cf. Arrêt du Tribunal fédéral I 649/06 du 13 mars 2007 consid. 3.3.1 et les références citées, publié in Sozialversicherungsrecht [SVR] 2008 IV Nr. 8). Cette affection psychique peut donc en principe être surmontée par un effort de volonté raisonnablement exigible. L'expertise E213 du Dr G._____ ne fait référence en 2004 qu'à un épisode dépressif moyen (CIM [ICD-10] F32.1) alors que ce même médecin dans son rapport fin 1998 évoquait également une fibromyalgie. La seconde expertise E213 du 7 décembre 2005 pose elle le diagnostic qui sera finalement retenu par les autorités à savoir fibromyalgie et dysthymie. Or on ignore totalement la spécialisation du Dr O._____ à l'origine de ce rapport et partant s'il était habilité à formuler ce diagnostic qui ne se réfère au demeurant à aucune classification reconnue (à propos de la qualification de l'experts cf. arrêt du Tribunal fédéral I 779/01 du 16 octobre 2002 consid. 4.1). De plus le Dr O._____ ne se prononce pas sur le caractère invalidant du tableau clinique qu'il dépeint.

Les certificats médicaux de la Dresse R._____, psychiatre, et celui du Dr. T._____, rhumatologue, qui concluent à une incapacité totale dans toute profession en raison d'une fibromyalgie et d'une dépression majeure selon le premier médecin, grave d'après le second, ne sauraient non plus convaincre. En effet, il ne s'agit pas d'un diagnostic qui se fonde lege artis sur les critères d'un système de classification reconnue (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), les observations médicales objectives à l'origine de ses appréciations ne ressortent pas de leur rapport respectif.

10.

10.1 Le tableau clinique qui résulte de ce qui précède n'est absolument pas limpide et le Tribunal de céans n'est pas en mesure de se rallier sans réserve aux conclusions de l'autorité intimée et de son médecin-conseil quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante. Le médecin-conseil N._____ avait requis au moment de

la mise en oeuvre de la révision une expertise psychiatrique spécifique, il s'est ensuite contenté d'un rapport psychiatrique qu'il qualifie de détaillé (celui de la Dresse F._____). Or la Dresse F._____ ne fait référence ni à une fibromyalgie, ni à un trouble somatoforme douloureux, pathologie pourtant retenue par le Dr N._____. Celui-ci semble avoir pioché dans les différents rapports médicaux pour retenir le diagnostic fondant la décision, sans que l'on comprenne son raisonnement. Par ailleurs le diagnostic concernant l'état dépressif est également controversé puisque certains médecins parlent de dysthymie (Dresse F._____, Dr O._____), d'autres d'épisode dépressif moyen (Dr G._____) ou encore de dépression majeure ou grave (Dresse R._____, Dresse S._____, Dr T._____). Le Tribunal de céans s'étonne également de la référence faite par le Dr N._____ dans sa prise de position (pce 50) à un certificat en anglais, lequel ne figure pas au dossier qui contient, en revanche, trois certificats en portugais produits par la recourante.

10.2 Partant, il y a lieu d'annuler la décision et de la renvoyer à l'autorité inférieure afin qu'elle complète le dossier en organisant une véritable expertise psychiatrique qui devra être accomplie dans le respect des règles jurisprudentielles afin de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est amélioré ou s'est péjoré et qu'elles en sont les incidences sur sa capacité de travail.

11.

11.1 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.-- déjà versée par la recourante lui sera restituée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné, une fois la décision entrée en force.

11.2 Il reste à examiner les dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 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 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 le représentant portugais de la recourante en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours d'une seule page accompagné de copies de 3 pièces et d'un courrier au sujet de l'avance de frais. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 400.-- à charge de l'OAIE.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 22 novembre 2006 est annulée. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin que celui-ci procède au sens du considérant 10.2 et prenne ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais d'un montant de Fr. 400.-- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral une fois la présente décision entrée en force.

3.

Un montant de Fr. 400.-- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité intimée.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____; Recommandé)
- Allianz Suisse (Prév. contrat _____)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le président du collège :

La greffière :

Johannes Frölicher

Valérie Humbert

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 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :