



Cour III
C-8322/2007/pii

{T 0/2}

Arrêt du 8 septembre 2009

Composition

Michael Peterli (président du collège), Beat Weber,
Madeleine Hirsig, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A._____, Portugal,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité; demande de révision de la rente

Faits :**A.**

A._____, ressortissante portugaise, a travaillé en Suisse en tant qu'aide de cuisine pour la Brasserie U._____, de juin 1988 à août 1994, date à partir de laquelle elle a cessé son activité pour raison de maladie. Elle n'a pas repris d'activité lucrative par la suite.

B.

Par décision du 2 juillet 1998, remplacée par la décision du 11 novembre 1998 prenant en compte les périodes d'assurance accomplies au Portugal, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI VD) a fait suite à la demande de prestations de l'assurance-invalidité présentée par A._____ le 8 août 1995 et lui a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1er août 1995, l'estimant totalement incapable d'exercer toute activité, l'assurée présentant notamment des troubles somatoformes, des troubles dépressifs, un trouble mixte de la personnalité, une fibromyalgie généralisée, des céphalées de tension chronique, un état vertigineux, un hémisyndrome sensitivo-moteur droit, d'origine indéterminée, des dorsalgies sur arthrose rachidienne étagée, une insuffisance mitrale et tricuspidiennne, une hernie hiatale avec oesophagite peptique et bulbite érosive, une obésité et une tendance à la formation de kystes (OAIE pces 1, 2, 10 à 12, 15).

En février 1999, l'OAI VD a entamé une procédure de révision du droit à la rente de A._____, dont l'état de santé se serait aggravé dès septembre 1998 avec l'apparition d'une hypertension artérielle avec hypercholestérolémie. Suite au retour de l'assurée au Portugal, le dossier a été transféré à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), qui a maintenu le droit à une rente entière d'invalidité par décision du 13 avril 1999 (OAIE pces 16, 17 à 22).

Certificats et rapports médicaux ont été versés au dossier dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations et en procédure de révision, faisant état des atteintes à la santé de A._____ et estimant son incapacité de travail. L'assurée a notamment subi plusieurs opérations visant à l'ablation de kystes (kyste ovarien droit en 1990, deux opérations pour un kyste ténosynovial du poignet droit et deux interventions pour une lésion kystique dans la région sternale inférieure entre 1989 et 1995, kyste des parties molles de la partie

antérieure de la cuisse gauche; OAIE pces 30 à 46, 48, 50 à 53, 55 à 76).

C.

C.a Au mois d'octobre 2003, l'OAIE a entrepris une nouvelle procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de A._____ (OAIE pces 23 à 27).

La documentation suivante a été versée aux actes dans le cadre de la procédure de révision:

- le rapport E 213, très peu lisible, établi suite à un examen de l'assurée effectué le 29 janvier 2004, qui mentionne notamment des cervicalgies et des rhumatismes, pas d'altérations du mouvement (force musculaire et tonus), un poids de 114 kg et une colonoscopie en juillet 2003, ayant révélé la présence d'hémorroïdes (OAIE pce 82);
- un rapport peu lisible, daté du 9 septembre 2002 et établi par le Dr B._____, spécialiste des maladies de l'appareil digestif et en endoscopie digestive, qui conclut en particulier à une oesophagite (OAIE pce 77);
- un second rapport, daté du 31 décembre 2002, établi par le Dr B._____, lequel a procédé à divers examens, dont une endoscopie, et qui conclut à la présence d'hémorroïdes de degré I et d'un polype situé dans le sigmoïde, le rapport étant illisible pour le surplus (OAIE pce 78);
- les résultats d'une colonoscopie effectuée à l'Hôpital de district de V._____ par le Dr B._____ le 18 février 2003, qui font état d'hémorroïdes internes de degré II et d'un polype se trouvant dans le sigmoïde, nécessitant une polypectomie (OAIE pce 79);
- le résultat d'examens histologiques effectués les 20 et 21 février 2003 en rapport avec la lésion du côlon sigmoïde, indiquant que le nodule retiré est un adénome tubulo-villeux de la muqueuse colique, avec dysplasie sévère (OAIE pce 80);
- un document de l'Hôpital de district de V._____, partiellement lisible, relatif à une hospitalisation de l'assurée du 2 au 5 juin 2003

pour une « *colecistectomia* », dont l'évolution est qualifiée de bonne (OAIE pce 81);

- les résultats d'un électrocardiogramme effectué le 20 janvier 2004 à la Clinique médicale et dentaire de W._____ (OAIE pces 83 à 86);
- les résultats de divers examens, notamment hématologiques, requis par la Dresse C._____ et effectués au Laboratoire d'analyses X._____ le 21 janvier 2004 (OAIE pces 87 à 90);
- un rapport peu lisible, daté du 27 janvier 2004 et établi par le Dr B._____, qui note en particulier la présence d'hémorroïdes de degré I (OAIE pce 91);
- un rapport du 16 février 2004 établi au Centre de santé familiale de Y._____ par le Dr D._____, neurologue, qui relève la constance des plaintes de l'assurée depuis 1994-1995, exclut une pathologie articulaire ou musculaire et note la possibilité que le tableau clinique présenté par A._____ corresponde à une fibromyalgie; il ajoute que les céphalées dont se plaint l'assurée ont des caractéristiques cervicogéniques et de céphalées de tension, ceci devant toutefois être nuancé en raison de l'abus d'analgésiques (OAIE pce 92);
- un rapport du 16 février 2004, également établi au Centre de santé familiale de Y._____ par le Dr E._____, psychiatre, qui a examiné A._____ et note dans son diagnostic que du point de vue strictement psychiatrique, elle ne présente aucune pathologie; il relève que la fibromyalgie est un diagnostic possible, qui nécessiterait toutefois un examen adapté, de même que l'état métabolique et rhumatismal de l'assurée, qui devrait être clarifié; il ne semble pas au Dr E._____ qu'il y ait eu une amélioration de la capacité de l'assurée depuis son retour au Portugal, et il conclut qu'à l'heure actuelle et dans des termes strictement psychiatriques, A._____ ne présente aucun motif d'incapacité (OAIE pce 93);
- le questionnaire pour la révision de la rente du 28 avril 2004, dans lequel l'assurée indique qu'elle n'a pas exercé et n'exerce pas d'activité lucrative (OAIE pce 29).

C.b Dans sa prise de position du 15 juin 2004, le Dr F._____, du service médical de l'OAIE, a retenu les diagnostics de troubles dégénératifs de l'appareil locomoteur (douleurs articulaires diffuses et

douleurs cervicales), d'insuffisance mitrale et tricuspidiennne, de status après ablation d'un adénome tubulo-villeux, avec dysplasie sévère, d'hypertension artérielle et d'adiposité. Il a relevé, se référant au rapport du Dr E._____, que l'assurée ne présentait pas, à l'heure actuelle, de maladie psychiatrique pertinente et que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas, pour l'instant, confirmé. Il a ainsi estimé qu'il existait vraisemblablement une amélioration significative de l'état de santé général de l'assurée, quand bien même cette dernière continuait à faire état de douleurs diffuses au niveau de l'appareil locomoteur. En conséquence, le Dr F._____ a jugé que dans la mesure où l'évaluation de l'invalidité ayant donné lieu jusqu'alors à une rente entière était essentiellement fondée sur des troubles psychiatriques, les douleurs articulaires pouvant par ailleurs être soignées par un traitement approprié, l'on pouvait admettre une amélioration de la capacité de travail de l'assurée à partir du 16 février 2004, capacité qui s'élèverait dès lors à 70% dans une activité adaptée – par exemple dans la vente par correspondance, le classement et l'archivage, la distribution de courrier interne, la saisie de données, ou en tant que caissière, surveillante de parking ou de musée, réceptionniste ou encore standardiste –, l'incapacité demeurant toutefois totale dans l'ancienne activité d'aide de cuisine ou dans d'autres activités physiquement exigeantes (OAIE pces 94 et 95).

Se fondant sur la prise de position de son service médical du 15 juin 2004 et sur l'évaluation de l'invalidité de l'assurée, effectuée le 10 septembre 2004 selon la méthode générale de comparaison des revenus et aboutissant à une perte de gain de 41% (OAIE pce 96), l'OAIE, dans son projet de décision du 22 septembre 2004, a signifié à A._____ qu'il entendait remplacer la rente entière versée jusqu'alors par un quart de rente, l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé étant à nouveau exigible dès le 16 février 2004, lui permettant de réaliser plus de 50% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité (OAIE pce 98).

C.c Dans le cadre de la procédure d'audition, A._____ a fait valoir, par écriture du 20 octobre 2004, qu'elle était invalide à 100% et incapable d'exercer une quelconque activité lucrative, en raison de son état de santé qui se serait aggravé ces dernières années, à tel point qu'elle aurait besoin de tiers pour l'aider dans son hygiène personnelle (OAIE pce 100). Elle a produit un certificat médical dactylographié daté du 21 décembre 2004 et établi par la Dresse C._____, qui déclare

suivre A._____ en raison d'hypertension artérielle, d'une maladie dégénérative osseuse, d'un syndrome d'anxiété, d'apnée du sommeil et d'obésité morbide, qui empêcheraient l'assurée d'exécuter les tâches ménagères quotidiennes exigeant un effort physique. La Dresse C._____ indique encore que l'assurée est dans l'attente d'une opération en lien avec son obésité (OAIE pces 103 et 110 pour la traduction française).

Dans sa seconde prise de position, du 28 février 2005, le Dr F._____, du service médical de l'OAIE, a confirmé son avis du 15 juin 2004. Il a noté que le certificat de la Dresse C._____ allait dans le sens de ses conclusions précédentes et estimé que seules les douleurs ostéo-articulaires avaient dorénavant des conséquences sur la capacité de travail, ni l'hypertension, ni l'obésité n'étant propres à limiter cette capacité dans des activités légères; quant au syndrome d'anxiété, le Dr F._____ a déclaré se fier sur ce point au rapport psychiatrique du 16 février 2004 qui niait toute psychopathologie significative (OAIE pce 105).

Par décision du 15 mars 2005, l'OAIE a confirmé son projet de décision et remplacé la rente entière versée jusqu'alors à l'assurée par un quart de rente, avec effet au 1er mai 2005 (OAIE pce 108).

C.d Par écriture du 20 avril 2005, A._____ a formé opposition contre la décision du 15 mars 2005, demandant implicitement la reconnaissance de son invalidité à 100% et le versement d'une rente entière. Elle a fait valoir qu'elle n'avait pas exercé d'activité lucrative depuis son arrêt de travail en 1994 et qu'elle était donc complètement inadaptée aux exigences du marché du travail, de même qu'en raison de son âge et de son niveau scolaire. En outre, son état de santé se serait aggravé avec l'âge, notamment par une prise de poids ayant nécessité la pose d'une bande gastrique; elle présenterait également des problèmes d'apnée du sommeil, une maladie osseuse dégénérative et un syndrome d'anxiété qui l'empêcheraient d'effectuer ses tâches ménagères et toute autre activité. Elle a joint à son opposition le certificat médical de la Dresse C._____ du 21 décembre 2004 (OAIE pces 109 à 111).

Par décision du 19 juillet 2005, l'OAIE a rejeté l'opposition de A._____ et confirmé sa décision du 15 mars 2005, estimant que l'assurée n'avait pas fourni, en procédure d'opposition, des éléments propres à modifier la décision antérieure et rappelant que si un assuré

ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge ou d'une formation insuffisante, l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre (OAIE pce 112).

D.

D.a Par correspondance datée du 4 juin 2007, A._____ s'est adressée à l'OAIE, sollicitant une nouvelle évaluation de sa situation. Elle a joint à sa requête un rapport médical du 28 mai 2007, établi par le Dr G._____, chirurgien digestif (OAIE pces 115 et 117).

Celui-ci a indiqué notamment que l'assurée présentait une aggravation des vertiges et une douleur au niveau de la colonne cervicale avec irradiation dans les membres supérieurs, particulièrement à droite, et aggravation du manque de force et des paresthésies; à cela s'ajouteraient des troubles abdominaux, ayant révélé une hernie hiatale avec oesophagite, traitée par médicaments, ce qui aurait eu pour conséquence une amélioration de l'atteinte. Le Dr G._____ a rapporté encore une substantielle prise de poids, de 80 kg à 121 kg, ayant causé une aggravation de tous les symptômes, des plaintes de l'assurée liées aux douleurs ostéo-articulaires et des paresthésies, ainsi que l'apparition d'une hyperglycémie et d'une hypertension artérielle. Cela aurait rendu nécessaire, en 2004, une chirurgie bariatrique avec pose d'une bande gastrique, ayant permis à A._____ de perdre 44% de l'excès de poids, ce qui aurait un peu amélioré les paresthésies et la force musculaire du membre supérieur droit. Des examens auraient par ailleurs révélé l'existence, en particulier, d'une hernie discale en C5-C6. Le médecin a relevé ensuite que malgré la perte de poids, les plaintes de fatigue et de douleurs ostéo-articulaires et musculaires exprimées par l'assurée, ainsi que les paresthésies des membres supérieurs, avec perte de force et faiblesse généralisée, ne se seraient pas améliorées, voire se seraient aggravées, raison pour laquelle une consultation en médecine interne aurait eu lieu, qui aurait abouti au diagnostic de maladie articulaire dégénérative et de fibromyalgie. Le Dr G._____ a conclu à l'aggravation de l'hémisyndrome sensitivo-moteur droit diagnostiqué en 1994 et à la généralisation de la faiblesse musculaire, qui ne se serait pas trouvée améliorée par la chirurgie bariatrique, le diagnostic de fibromyalgie et de dégénérescence articulaire ayant été posé. Il a également conclu à une hernie discale et à l'aggravation de la perte de force à tel point que l'assurée serait incapable de porter pendant

cinq minutes des charges supérieures à 1 kg. Le médecin a estimé ainsi que A._____ était physiquement incapable d'exercer une activité lucrative.

D.b Dans sa prise de position du 6 août 2007, la Dresse H._____, du service médical de l'OAIE, à qui a été soumise la demande de révision de A._____, a indiqué que le rapport du Dr G._____ reprenait les divers éléments de l'anamnèse, puis l'intervention de chirurgie bariatrique, qui aurait permis une amélioration partielle des symptômes. Elle a estimé que ce rapport n'apportait pas d'éléments nouveaux et que l'examen physique décrit par le Dr G._____ montrait peu de déficit objectif. Il n'y aurait pas non plus, de l'avis de la Dresse H._____, d'argument objectif en faveur d'une aggravation, de sorte que les conclusions du Dr F._____ resteraient d'actualité (OAIE pce 118).

Se fondant sur la prise de position de la Dresse H._____, l'OAIE, dans son projet de décision du 10 août 2007, a signifié à A._____ que sa demande de révision ne pourrait pas être examinée, au motif qu'elle n'aurait pas rendu plausible une modification de son invalidité propre à influencer ses droits, une telle modification ne résultant pas de la documentation médicale produite (OAIE pce 119).

D.c Dans le cadre de la procédure d'audition, A._____ a produit un nouveau rapport médical du Dr G._____, daté du 16 septembre 2007, dans lequel le médecin a repris les éléments et conclusions de son rapport du 28 mai 2007, indiquant notamment que malgré la perte de poids, les douleurs ostéo-articulaires dont se plaignait l'assurée avaient empiré durant les derniers mois, de sorte que l'assurée avait poursuivi la prise d'analgésiques et d'anti-inflammatoires; il en irait de même de la perte de la fonction des membres supérieurs et inférieurs et des paresthésies, qui rendraient difficile l'action de se nourrir. Le Dr G._____ a conclu qu'au vu de l'aggravation rapide de l'état de santé de l'assurée, cette dernière était incapable d'exercer une quelconque activité lucrative, encore moins une activité impliquant des travaux manuels (OAIE pce 120).

Dans sa seconde prise de position, du 17 octobre 2007, la Dresse H._____, du service médical de l'OAIE, a rappelé les atteintes à la santé et les diagnostics connus de l'assurée, et relevé que le rapport du Dr G._____ du 16 septembre 2007 est pratiquement identique à celui du 28 mai 2007. Elle a noté que les

descriptions cliniques restaient vagues et qu'il n'y avait pas de déficit objectivable, hormis une faiblesse généralisée non quantifiée, de sorte qu'il était difficile d'admettre une aggravation de l'état de santé physique de l'assurée. Elle a ajouté que la rente de l'assurée avait été diminuée en raison d'une amélioration sur le plan psychiatrique essentiellement et a conclu au maintien des conclusions du Dr F._____ (OAIE pce 122).

Par décision du 1er novembre 2007, l'OAIE a confirmé son projet de décision et informé A._____ que sa demande de révision ne pourrait pas être examinée, la documentation médicale produite en procédure d'audition confirmant les atteintes à la santé connues et n'apportant aucun élément nouveau (OAIE pce 123).

E.

E.a Par acte du 6 décembre 2007, A._____ a formé recours contre la décision du 1er novembre 2007, demandant la révision de son invalidité, au motif que son état de santé, notamment sa maladie ostéo-articulaire, se serait aggravé les derniers temps. Cela l'empêcherait, de même que les vertiges, d'effectuer les tâches quotidiennes comme faire sa toilette ou s'habiller, l'aide d'un tiers étant souvent nécessaire. Elle produit à l'appui de son recours un rapport médical du Dr G._____ du 2 décembre 2007, identique à celui du 16 septembre 2007 (TAF pce 1).

E.b Dans sa prise de position du 27 mars 2008, la Dresse H._____ a observé que le rapport du Dr G._____ du 2 décembre 2007 était en tous points identique à celui du 16 septembre 2007 et qu'il n'y avait donc aucun élément nouveau (OAIE pce 125).

Dans sa réponse du 7 avril 2008, l'autorité inférieure, se fondant sur les constats de son service médical, a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 7).

E.c Invitée à répliquer (TAF pce 8), la recourante n'a pas déposé d'observations.

E.d Par décision incidente du 14 décembre 2007, le Tribunal administratif fédéral a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à Fr. XXX.- et a octroyé à la recourante un délai au

16 janvier 2008 pour la payer. Le 10 janvier 2008, un montant de Fr. XXX.- a été versé sur le compte du Tribunal (TAF pces 2 et 3).

E.e Par décision incidente du 14 décembre 2007, puis par ordonnance du 14 août 2009, le Tribunal administratif fédéral a informé les parties de la composition et de la modification du collège de juges amenés à examiner la présente cause (TAF pces 2 et 11). Aucune demande de récusation n'a été présentée.

Droit :

1.

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{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), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

Il sied de relever encore que les nouvelles règles de procédure sont en principe immédiatement et pleinement applicables dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires (arrêt du Tribunal fédéral I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.1; ATF 130 V 560 consid. 3.1 et les références citées).

1.3 La recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Partant, elle a qualité pour recourir.

En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71).

2.2 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser, 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), que l'examen du droit à des prestations d'invalidité dans le cas 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. Celle-ci datant en l'espèce du 1er novembre 2007, la présente cause est donc soumise à la LAI et à son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

3.

En l'espèce, suite à une procédure de révision d'office entreprise en octobre 2003, l'OAIE, par décision sur opposition du 19 juillet 2005, a remplacé la rente entière versée jusqu'alors à A._____ par un quart de rente, l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé étant à nouveau exigible dans une mesure telle que la perte de gain subie par la recourante a été évaluée à 41%.

Le 4 juin 2007, A._____ a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité, sur laquelle l'OAIE, par décision du 1er novembre 2007, n'est pas entré en matière, considérant que la recourante n'a pas rendu plausible une modification de son invalidité propre à influencer ses droits.

La recourante a alors interjeté recours contre cette décision, demandant la révision de son invalidité en raison de l'aggravation de son état de santé et versant un rapport médical au dossier.

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 al. 1 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.

4.2 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.

4.3 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). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

4.4 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 3.4 et 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2).

4.5 Il convient de relever encore que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4).

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.

En application de l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il sied ici de souligner que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI: l'administration doit se limiter à examiner si les allégations de l'intéressé sont crédibles; quant à l'autorité de recours, il ne lui appartient pas d'initier d'autres investigations (arrêt du Tribunal fédéral I 951/06 du 31 octobre 2007 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3, ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

5.2 Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit ainsi commencer par examiner, en se fondant sur des constatations objectives, si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Aussi le juge ne doit-il examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la demande de

révision (arrêt du Tribunal fédéral I 522/03 du 4 mai 2004, arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004, ATF 130 V 71 consid. 3, ATF 109 V 262 consid. 3, ATF 109 V 108).

Si l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit instruire la cause au fond; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence (arrêt du Tribunal fédéral I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2).

5.3 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 en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a). Par contre, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6.

A titre liminaire, l'autorité de céans constate, à la lecture du dossier, qu'en l'espèce l'OAIE n'a entrepris aucune investigation suite au dépôt de la demande de révision de l'assurée; il s'est contenté de requérir l'avis de son service médical sur les documents médicaux transmis

par l'intéressée, afin de décider s'il se justifiait d'entrer en matière sur la demande de révision, question à laquelle il a été répondu par la négative. Dans sa décision du 1er novembre 2007, l'administration a déclaré ne pas pouvoir examiner la demande de révision déposée par l'assurée, rendant bel et bien une décision de refus d'entrer en matière.

La décision du 1er novembre 2007 ayant fait l'objet d'un recours de la part de l'assurée, il s'agit de déterminer dans le cas présent si c'est à juste titre que l'administration a rendu une décision de non-entrée en matière sur la demande de révision déposée par la recourante ou, en d'autres termes, si véritablement la recourante, dans sa demande de révision, n'a pas établi de manière plausible une modification de son invalidité, propre à influencer ses droits. Les faits pertinents à examiner sont ceux régnant à l'époque de la décision sur opposition du 19 juillet 2005 (arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3), dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 1er novembre 2007, date de la décision litigieuse.

7.

7.1 Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

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, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 6/1998 p. 296 consid. 3b).

7.2 Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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 citées).

7.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Ainsi, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants 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 V 351 consid. 3b/dd et les références citées; voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, publié dans: Plädoyer 2009 p. 72 ss).

8.

8.1 A la lecture des pièces au dossier, il apparaît établi qu'à l'époque de la décision remplaçant la rente entière de l'assurée par un quart de rente, la recourante souffrait de troubles dégénératifs de l'appareil locomoteur, notamment de douleurs articulaires diffuses et de douleurs cervicales, d'insuffisance mitrale et tricuspidiennne, de status après ablation d'un adénome tubulo-villeux, avec dysplasie sévère, d'hypertension artérielle et d'obésité. Il était encore fait état de céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie était évoqué par certains médecins, sans toutefois qu'ils le confirment, jugeant nécessaire un examen mieux adapté. Par ailleurs, l'assurée ne présentait pas de maladie psychiatrique pertinente. Ces diagnostics, mentionnés par les

rapports médicaux versés au dossier par l'OAIE dans le cadre de la procédure de révision initiée par l'administration, et en particulier par les rapports du 16 février 2004 des Drs D._____, neurologue, et E._____, psychiatre, étaient en partie repris par la Dresse C._____, dont le rapport du 21 décembre 2004, produit par la recourante, faisait état au surplus d'un syndrome d'anxiété et d'apnée du sommeil. S'agissant de la capacité de travail, seuls le Dr E._____ et la Dresse C._____ se sont prononcés à cet égard, le premier concluant que dans des termes strictement psychiatriques, l'assurée ne présentait aucun motif d'incapacité, la seconde déclarant que les troubles dont souffrait A._____ l'empêchaient d'exécuter les tâches ménagères quotidiennes exigeant un effort physique.

Ces avis médicaux ont conduit le Dr F._____, du service médical de l'OAIE, à estimer, dans ses prises de position des 15 juin 2004 et 28 février 2005, que les problèmes d'ordre psychiatrique, qui avaient été diagnostiqués lors de l'octroi et du maintien de la rente entière d'invalidité (décisions du 2 juillet 1998 et du 13 avril 1999), étant en grande partie résolus, seules les douleurs ostéo-articulaires avaient dorénavant des conséquences sur la capacité de travail, dont on pouvait dès lors admettre une amélioration à hauteur de 70% dans une activité adaptée, à partir du 16 février 2004. L'OAIE a donc remplacé, avec effet au 1er mai 2005, la rente entière versée jusqu'alors à l'assurée par un quart de rente. Sa décision sur opposition du 19 juillet 2005 n'a pas été contestée en son temps et est entrée en force.

8.2 Lors de la demande de révision présentée par la recourante, l'autorité inférieure a considéré que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification de son degré d'invalidité et que la demande de révision ne pouvait dès lors pas être examinée.

Dans le cadre de la demande de révision, dans laquelle la recourante s'est contentée de solliciter une nouvelle évaluation de son cas, A._____ a remis deux rapports du Dr G._____, l'un du 28 mai 2007, joint à la demande, l'autre du 16 septembre 2007, versé en procédure d'audition. Ces rapports, quasiment identiques, mentionnent une aggravation des vertiges, des douleurs ostéo-articulaires, de l'hémisindrome sensitivo-moteur droit et des paresthésies, une généralisation de la faiblesse musculaire, une hyperglycémie, une hypertension artérielle et une hernie discale en

C5-C6. S'agissant des problèmes d'obésité, le Dr G._____ rapporte en outre la perte de 44% de l'excès de poids après chirurgie bariatrique subie en 2004. Enfin, suite à un examen qui aurait été effectué en médecine interne à l'Hôpital général de Z._____, un diagnostic de maladie articulaire dégénérative et de fibromyalgie aurait été posé. Le Dr G._____ conclut que A._____ est inapte à l'exercice d'une activité lucrative, encore moins à l'exercice d'une activité impliquant des travaux manuels, étant incapable de porter pendant cinq minutes des charges supérieures à 1 kg et présentant en outre des difficultés pour se nourrir.

Consultée sur la demande de révision et ces rapports médicaux, la Dresse H._____, du service médical de l'OAIE, a relevé, dans ses prises de position des 6 août et 17 octobre 2007, qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux, que les descriptions cliniques étaient vagues et que l'examen physique décrit par le Dr G._____ montrait peu de déficit objectivable, hormis une faiblesse généralisée, toutefois non quantifiée. Il n'y aurait pas non plus d'argument objectif permettant d'admettre une aggravation de l'état de santé physique de l'assurée. La Dresse H._____ conclut donc au maintien des conclusions du Dr F._____.

8.3 A la lecture des pièces versées au dossier, l'autorité de céans constate, ainsi que le fait la Dresse H._____, que la demande de révision et les rapports médicaux produits dans ce cadre confirment dans une large mesure les affections répertoriées auparavant, se contentant de déclarer que chacune s'est aggravée au point d'interdire tout effort physique à l'assurée.

La recourante était en effet d'ores et déjà connue pour des douleurs multiples dans un contexte de troubles dégénératifs diffus et du rachis étagés, pour un hémisyndrome sensitivo-moteur droit, diagnostiqué en 1994, pour des sensations vertigineuses, de même que pour une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, une hernie hiatale, une obésité morbide et une insuffisance mitrale et tricuspidiennne. Quant au diagnostic de fibromyalgie, il est, dans la demande de révision tout comme lors de la procédure de révision d'office, soulevé par les médecins, mais non confirmé par les résultats d'examens pertinents; en effet, si le Dr G._____, lui-même chirurgien digestif, fait référence dans ses rapports à une consultation qui aurait eu lieu à l'Hôpital général de Z._____ et qui aurait diagnostiqué une

fibromyalgie, aucun document médical propre à prouver ce diagnostic n'est toutefois fourni. Les rapports du Dr G._____ apportent ainsi peu d'éléments nouveaux, mise à part l'intervention de chirurgie bariatrique et la perte de 44% de l'excès de poids, au sujet desquels les observations du praticien sont confuses, puisqu'il relève une amélioration de symptômes pour, dans la suite de ses rapports, indiquer qu'ils se seraient même aggravés malgré la perte de poids. On soulignera également qu'il n'est fait état d'aucun trouble psychique, troubles en raison desquels une invalidité totale de la recourante avait été reconnue dès 1995 et dont l'amélioration a permis de diminuer le droit à la rente.

De même, concernant une éventuelle aggravation des atteintes à la santé dont souffre la recourante, le Dr G._____, dont on rappelle qu'il est chirurgien digestif et qu'à ce titre, il n'est spécialisé, en particulier, ni en rhumatologie, ni en neurologie, s'est contenté d'en affirmer l'existence pour chaque affection, sans y joindre d'arguments objectifs. La recourante n'a d'ailleurs produit, à l'appui de sa demande de révision, aucun résultat d'examen médical qui aurait été effectué par un spécialiste et qui aurait été de nature à apporter des éléments objectifs dans le sens d'une aggravation, notamment quant à la perte de force et à la faiblesse généralisée, au sujet de laquelle la Dresse H._____ dit d'ailleurs qu'elle n'est pas quantifiée. Dans cette mesure, l'appréciation de la capacité de travail par le Dr G._____, fondée justement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, ne repose sur aucun élément concret et ne saurait être retenue. En outre, les limitations fonctionnelles et les difficultés que rencontrerait l'assurée dans sa vie quotidienne et dont fait état le Dr G._____, de même que la recourante dans son mémoire de recours, avaient déjà été invoquées dans le cadre de la procédure de révision d'office (écriture de l'assurée du 20 octobre 2004), lorsque A._____ indiquait qu'elle avait besoin de tiers pour l'aider dans son hygiène personnelle. On ajoutera enfin qu'en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (voir consid. 7.3).

Dans son recours, la recourante n'a par ailleurs apporté aucun argument ou élément ultérieur permettant de rendre plausible une modification du degré d'invalidité, le rapport du Dr G._____ du

2 décembre 2007 produit en procédure de recours étant en tous points identique à celui du 16 septembre 2007, à l'exception de la date, ce que souligne également la Dresse H._____ dans son avis du 27 mars 2008.

Force est de constater dès lors que les circonstances au moment de la décision litigieuse apparaissent semblables à celles qui existaient au moment de la décision sur opposition du 19 juillet 2005, dans la mesure où les troubles physiques, qui étaient la cause de l'incapacité de la recourante lui donnant droit à un quart de rente, sont toujours présents sans que les documents produits par la recourante à l'appui de sa demande de révision ne suffisent à rendre vraisemblable leur péjoration. En conclusion, il appert que la recourante n'a pas rendu plausible que son état de santé et sa capacité de travail se sont modifiés depuis la décision sur opposition du 19 juillet 2005, dans une mesure propre à influencer ses droits, et que la décision de non-entrée en matière était justifiée.

Partant, le recours doit être rejeté et la décision du 1er novembre 2007 confirmée.

9.

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. XXX.- (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 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 est rejeté et la décision du 1er novembre 2007 est confirmée.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. XXX.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais versée au cours de l'instruction.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec Avis de réception)
- à l'autorité inférieure
- 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 :

Michael Peterli

Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

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