

# **BVGer C-4506/2014 vom 17. Oktober 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-10-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4506\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4506_2014)

FR: TAF C-4506/2014 du 17 octobre 2016

IT: TAF C-4506/2014 del 17 ottobre 2016

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

### **E. 1.2**

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. dbis PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

### **E. 1.3**

La recourante a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

### **E. 1.4**

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

## **E. 2**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ou par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, *Les actes administratifs*, 3e édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, *La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral*, 2013, n° 176). Cependant, 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, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3.1**

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'occurrence, la réduction de la rente d'invalidité entière à une demi-rente ayant été confirmée par la décision du 8 juillet 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à ce moment-là sont déterminantes.

### **E. 3.2**

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante portugaise, a été assurée en Suisse de nombreuses années et vit actuellement dans son pays d'origine. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa), ainsi que les règlements auxquels il renvoie (cf. art. 1er al. 1 annexe II et art. 1 de la section A de l'annexe II ALCP, faisant en vertu de l'art. 15 ALPC partie intégrante de celui-ci). Jusqu'au 31 mars 2012, les Parties contractantes appliquaient entre elles 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 (RO 2004 121). Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée avec effet au 1er avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1). Conformément à la jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine ainsi selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1er avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445; également déterminantes en ce qui concerne l'entrée en vigueur des règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 : ATF 140 V 98 consid. 5.2, 139 V 88 consid. 4 et 138 V 533 consid. 2.2). Cela étant, tout comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont de règle générale déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004 qui est similaire à l'art. 3 al. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

### **E. 4.1**

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 art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGa). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

#### **E. 4.2.1**

Depuis 2004 - et partant, dans le cas concret, plusieurs années après que l'OAI avait octroyé une rente d'invalidité à l'assurée (AI Vol. 1 pce 76) - la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie - ainsi que tout autre syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique - pouvait être surmonté par la personne assurée par un effort de volonté raisonnablement exigible. Dès lors, en règle générale, il était considéré que ces pathologies n'entraînaient pas une limitation de la capacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité. Ce n'était que dans des cas exceptionnels, lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplissait certains critères définis (appelés critères de Forster), qu'il était admis qu'elle était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_689/2014 du 19 janvier 2015 consid. 2.1 avec références aux ATF 136 V 279 consid. 3, 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3 et 396). D'après le Tribunal fédéral, il n'y a lieu d'adapter qu'exceptionnellement une décision relative à une prestation durable à une nouvelle jurisprudence. Il a considéré que la jurisprudence établie aux troubles somatoformes douloureux et atteintes similaires ne justifie pas la diminution ou la suppression d'une rente en cours (ATF 135 V 201 consid. 6 et 7).

#### **E. 4.2.2**

Récemment, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique relative à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle des assurés souffrant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). Toutefois, la Haute Cour a souligné qu'il faut partir du principe que la personne souffrant d'une telle atteinte n'est pas invalide (ATF 141 V 281 consid. 3.7.2).

#### **E. 5.1**

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGa, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

##### **E. 5.1.1**

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). 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 références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement

juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

### **E. 5.1.2**

D'après la Haute Cour, il n'y a lieu d'adapter qu'exceptionnellement une décision relative à une prestation durable à une nouvelle jurisprudence. Il a expliqué que la jurisprudence établie depuis 2004 relative aux troubles somatoformes douloureux, fibromyalgies ou atteintes analogues (cf. consid. 4.2 ci-dessus) ne justifie pas la diminution ou la suppression d'une rente en cours (ATF 135 V 201 consid. 6 et 7).

### **E. 5.1.3**

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 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. 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 et 133 V 108 consid. 5.4).

### **E. 5.2**

En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, l'alinéa 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision de l'AI, premier volet) prévoit que les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique - tel que par exemple les troubles somatoformes douloureux ou la fibromyalgie (cf. Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6ème révision, premier volet) [FF 2010 p. 1736]; voir aussi le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, CDF, chiffre 1002 4/14, et la jurisprudence citée) - devront être réexaminées lors d'une révision de rente et être réduite ou supprimée si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, même en l'absence d'une modification notable de l'état de santé ou de la situation professionnelle. Toutefois, selon l'al. 4 de ces dispositions finales, l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification légale le 1er janvier 2012, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision. Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'année la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). La Haute Cour a par ailleurs précisé que dans les cas où la révision a été introduite avant le 1er janvier 2012, ce 1er janvier 2012 constitue le point d'attachement fictif pour déterminer le "moment de l'ouverture de la procédure de révision" (ATF 140 V 15 consid. 5.3.4, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_576/2014 cité consid. 4.3.2).

### **E. 6**

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé du remplacement de la rente d'invalidité entière de la recourante par une demi-rente à compter du 1er juin 2010, tel que constaté dans un premier temps par la décision du 8 avril 2010 annulée et confirmée, suite à l'instruction

complémentaire effectuée, par la décision du 8 juillet 2014 litigieuse dans la présente procédure. Singulièrement, le litige porte sur l'existence d'une modification des circonstances susceptibles d'influencer le degré d'invalidité de l'assurée aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA cité (cf. consid. 5.1 ci-dessus). Dans son arrêt du 7 juin 2012 (affaire C-3209/2010), le TAF a constaté que la décision du 17 mai 2001 par laquelle la demi-rente de l'assurée avait été remplacée par une rente entière constitue le point de départ pour la comparaison des faits déterminants (consid. 10.2 de l'arrêt; cf. également consid. 5.1.3 ci-dessus). Ainsi, la question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification importante doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 17 mai 2001 et ceux qui ont existé le 8 juillet 2014, au moment de la décision litigieuse. En effet, bien que le pouvoir d'examen du TAF était limité dans l'affaire C-3209/2010 au 8 avril 2010 (date de la décision alors querellée), le présent examen de l'état de santé de la recourante et d'une éventuelle amélioration de celui-ci doit s'étendre jusqu'à notification de la nouvelle décision du 8 juillet 2014, confirmant la décision du 8 avril 2010 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.1, 9C\_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4). Pour la période à compter du 1er janvier 2012, le TAF constate par ailleurs que les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 ne s'appliquent pas, la recourante ayant touché une rente depuis le 1er mars 1996 (AI Vol. 1 pce 76) et ainsi depuis plus de 15 ans au moment de l'entrée en vigueur de ces dispositions le 1er janvier 2012 (cf. consid. 5.2 ci-dessus). Enfin, l'objet du présent litige ne concerne pas la décision de l'OAIE du 22 juin 2015 qui a été rendue suite au décès de l'ex-mari de la recourante.

## **E. 7**

Dans un premier temps, il sied de comparer les faits médicaux.

### **E. 7.1**

La décision du 17 mai 2001 reposait avant tout sur le rapport médical du 21 octobre 2000 établi par le Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant (AI Vol. I pces 104 et 105) alors que le médecin de famille, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait annoncé à l'OAI le 25 février 1999 une aggravation de l'état de santé de sa patiente (AI Vol. 1 pce 78) et que le Dr D. \_\_\_\_\_, rhumatologue, avait jugé le 12 mars 1999 une nouvelle évaluation du degré actuel d'invalidité nécessaire (AI Vol. 1 pce 80). Le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport mentionné posait les diagnostics de trouble anxieux non spécifié (phobies multiples, anxiété sociale de degré de gravité indéterminée), de trouble anxieux et dépressif mixte actuel, de trouble de la personnalité limite, de fibromyalgie, de problèmes psychosociaux et environnementaux (difficultés économiques, misère psychosociale) et d'échelle d'évaluation du fonctionnement, code 50, rendant presque aucune activité possible. Il concluait que l'assurée présentait une fibromyalgie d'évolution défavorable avec une comorbidité psychiatrique importante. Selon lui, la mauvaise structure psychique, qu'on pouvait mettre en évidence si l'on approfondissait suffisamment le cas, justifiait de retenir une incapacité de travail complète. Ce médecin a aussi expliqué que le trouble de la personnalité limite sévère existait selon lui déjà en 1997 lors de l'expertise au COMAI mais qu'il n'a pas été décelé probablement du fait d'un examen trop rapide. D'après lui, un autre facteur semblait avoir joué un rôle en 1997, la patiente fière de sa réussite matérielle antérieure, il lui était probablement pénible ou même impossible d'avouer des échecs ou des faiblesses. Si cette façon de réagir n'avait pas complètement disparu actuellement, le Dr B. \_\_\_\_\_ remarquait que la patiente laissait maintenant entrevoir ce mécanisme. Il estimait en outre qu'une certaine aggravation de l'ensemble des troubles semblait aussi avoir eu lieu depuis 1997,

comme en témoignaient les rapports des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ (AI Vol. I pce 104 p. 4). Sur le plan somatique, le Dr D.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 12 mars 1999, a posé le diagnostic de fibromyalgie floride, de syndrome vertébral lombaire chronique sur troubles statiques et surcharge de la charnière lombo-sacrée ainsi que de cervicalgies avec tendomyose cervico-scapulaire. Il a estimé qu'en dehors de poussées aiguës de la fibromyalgie provoquant une incapacité de travail totale, il existait une capacité de travail résiduelle dans un travail adapté qui pouvait se situer à 60%-70% (AI Vol. I pce 80). L'OAI avait aussi proposé à l'assurée un stage professionnel auquel celle-ci avait renoncé pour raisons de santé (cf. rapport d'entretien du 21 mai 1999 [AI Vol. 1 pce 88], rapport d'entretien téléphonique du 17 février 2000 [AI Vol. 1 pce 93] et proposition de mesures professionnelles [AI Vol. 1 pce 95]). En conclusion, l'OAI avait estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail entière (cf. document interne intitulé « décision par voie de circulation » daté des 26 octobre 2000 et 8 février 2001 [AI pce 107]). Par décision du 17 mai 2001, elle a augmenté à compter du 1er mars 1999 la demi-rente d'invalidité à une rente entière (AI pce 111).

## **E. 7.2**

La décision contestée du 8 juillet 2014 se base essentiellement sur le rapport d'expertise du 11 juin 2013 (AI Vol. II pce 71), signé des Drs F.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_.

### **E. 7.2.1**

Les experts ont retenu comme diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail des cervicalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs de la colonne cervicale, des lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs sous forme d'arthrose apophysaire postérieure et de diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail, un syndrome somatoforme douloureux persistant et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (p. 19 du rapport). Infirmant notamment les conclusions médicales antérieures, les experts attestent depuis le 29 juillet 1997, correspondant à la date de l'expertise au COMAI (AI Vol. 1 pce 48), une incapacité de travail de 50% dans l'ancienne activité professionnelle ainsi qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (p. 24 du rapport), n'impliquant pas de sollicitations répétitives du rachis cervical et lombaire, de mouvement en porte-à-faux du rachis, le port régulier de charges supérieur à 5 kg, des travaux lourds (p. 25). Les experts notaient que même si les plaintes de l'assurée paraissent bien réelles, celles-ci, au vu des éléments cliniques objectifs associés à la normalité des examens biologiques, ne sont pas entièrement expliquées par les altérations somatiques constatées. Ils évoquent alors le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux (cf. pp. 20 à 22 du rapport d'expertise). Sur le plan psychiatrique, le Dr H.\_\_\_\_\_ remarquait que l'examen actuel et les plaintes rapportées sont compatibles avec un état dépressif léger, la thymie étant légèrement déprimée, à la limite des pleurs et l'assurée se plaignant de moments de découragement, de craintes liées à l'avenir et de troubles de sommeil liés aux douleurs et rapportant des troubles de mémoires avec la nécessité de tout noter (pp. 15, 18, 22). Quant à l'évolution de l'état dépressif, il explique que l'assurée n'a présenté aucun symptôme psychiatrique dans sa vie jusqu'à "l'accident de 1995"[date rectifiée], présentant dès lors un état dépressif probablement sévère, consécutif à la perte de son travail et à la chronicisation de ses douleurs ; selon l'expert cette symptomatologie s'est progressivement amendée, avec recrudescence en 2000 lors du retour de l'assurée au Portugal, qualifié par l'assurée de catastrophique ; elle a alors présenté un deuxième épisode dépressif (cf. pp. 17, 22). L'assurée a par la suite décrit une amélioration

symptomatique sur le plan de l'humeur jusqu'en 2009, date de la recrudescence de l'état dépressif mis en lien avec la baisse de sa rente, correspondant à un troisième épisode dépressif durant environ deux ans, l'assurée ayant décrit qu'elle a alors pleuré pendant deux ans et n'aurait plus beaucoup de larmes aujourd'hui (pp. 18, 22). Contrairement au Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 octobre 2000 (AI Vol. I pces 104 et 105), le Dr H. \_\_\_\_\_ ne retient pas un trouble de la personnalité, ne constatant à ce sujet aucun critère (pp. 18 s., 22 s. du rapport). Ne retrouvant chez l'assurée aucune comorbidité tant somatique que psychiatrique au trouble somatique décrit, les experts ont conclu que celui-ci ne pouvant pas être considéré comme une maladie avec répercussion sur la capacité de travail au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (p. 23 du rapport). Globalement, les experts ont alors estimé que la capacité de travail résiduelle de l'assurée était de 50% dans l'ancienne activité exercée et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites (p. 24 du rapport).

### **E. 7.2.2**

Le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, note que l'expertise est précise et détaillée en ce qui concerne le fait d'une amélioration évidente et significative du trouble dépressif dont l'assurée souffre (AI Vol. 2 pce 76 pp. 9 et 10). Dans les p.v. du rapport OAIE/médecins du 23 janvier 2014, les Drs M. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_, médecin responsable, O. \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie et hématologie et médecin expert certifié SIM et SMR, Kapina, spécialiste FMH en neurologie, Sereni Keller, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin expert certifié SIM et SMR, Van Linthoudt, spécialiste en rhumatologie et Zogg, spécialiste FMH en psychiatrie, confirment l'existence d'une amélioration conséquente de l'état de santé de l'assurée du point de vue psychique par rapport au 17 juin 2001, le rapport d'expertise PMU daté du 11 juin 2013 ainsi que son complément du 15 octobre 2013 ne décrivant pas la même situation objective lors de l'examen que le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_. Contrairement aux experts, les médecins de l'OAIE ne mettent pas en cause les conclusions médicales et décisions AI antérieures et retiennent une incapacité de travail dans l'ancienne activité de 100% à compter du 29 mars 1995 ([date rectifiée] arrêt de travail pour raisons de santé) et une incapacité de travail dans une activité adaptée de 50% dès le 29 mars 1995, de 100% dès le 12 mars 1999 (rapport du Dr D. \_\_\_\_\_) et puis de 50% seulement à nouveau dès le 19 février 2009 (rapport du Dr E. \_\_\_\_\_; AI Vol. 2 pce 87).

### **E. 7.3**

La recourante soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis 2001 ; sur le plan rhumatologique elle invoque que son état s'est même dégradé.

#### **E. 7.3.1**

L'assurée se base sur les rapports des 31 mars et 25 août 2014 de son médecin de famille, le Dr K. \_\_\_\_\_, qui la suit depuis 2008 et qui observe que sa patiente souffre d'une fibromyalgie avec exacerbations régulières, provoquant un alitement ainsi qu'une dépendance totale dans les actes de la vie journalière (AI Vol. 2 pces 94 et 95; TAF pce 4 annexe 7). L'assurée s'appuie également sur le rapport du 18 novembre 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_ qui note qu'elle présente une fibromyalgie ainsi que d'une dépression et que son statut physique s'est aggravé avec plus de douleurs (TAF pce 12 annexe 7). Dans la lettre du 18 novembre 2014, la fille de l'assurée informe qu'elle a dû conduire sa mère le 12 novembre 2014 aux urgences où elle est restée tout le matin pour recevoir un traitement,

que le 18 novembre 2014 elle l'a dû conduire chez le médecin de famille et qu'elle a dû aider sa mère pendant une semaine aussi financièrement (TAF pce 12 annexe 6).

### **E. 7.3.2**

Invités à prendre position sur le rapport médical du 31 mars 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH rhumatologie du SMR, remarque notamment que celui-ci décrit schématiquement la situation médicale déjà amplement abordée dans le cadre de l'expertise de 2013 (AI Vol. 2 pce 98). Les différents médecins de l'OAIE dans le p.v. du rapport OAIE/médecins du 26 juin 2014, confirmant les conclusions médicales précédentes et le maintien du projet de décision, observent que ce rapport ne fait pas état d'éléments nouveaux et ne contient aucune indication permettant de constater l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante ou une aggravation rhumatologique (AI Vol. 2 pce 100).

### **E. 8.1**

Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 2 ci-dessus), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

### **E. 8.2**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

#### **E. 8.2.1**

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

#### **E. 8.2.2**

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits par la personne assurée - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à

remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

### **E. 8.2.3**

La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne serait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médical est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale. La discussion de la genèse du problème de santé et des facteurs alimentant la maladie peut revêtir une importance particulière lorsqu'il s'agit de prouver la modification d'un état de santé psychiatrique dont le diagnostic est souvent soumis à un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

### **E. 8.2.4**

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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 arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

## **E. 9**

En l'occurrence, le TAF, après examen des documents versés au dossier, confirme pour les raisons suivantes les constatations des médecins et collaborateurs de l'OAI exprimées dans les p.v. des 23 janvier et 26 juin 2014 (AI Vol. 2 pces 87 et 100).

### **E. 9.1**

D'un point de vue général, le Tribunal constate que le rapport d'expertise du 11 juin 2013 (AI Vol. 2 pce 71) contient une anamnèse complète et détaillée - aussi d'un point de vue psycho-social et professionnel (pp. 3 à 6, 9 à 14), que l'expertise prend en considération les plaintes subjectives de la recourante (pp. 11 s.) et qu'elle se fonde sur un examen médical clinique, hématologique, chimique et radiologique complet (pp. 15 à 18). L'appréciation du cas est motivée en détail (pp. 18 ss). Enfin, les Desses F. \_\_\_\_\_, médecine interne FMH, G. \_\_\_\_\_, médecine interne FMH et rhumatologie FMH, ainsi que le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, possèdent les titres nécessaires pour examiner et apprécier les troubles de santé de l'assurée (cf. arrêt du TAF C-3209/2010 cité consid. 14.1 et 14.2 [AI Vol. 2 pce 43 pp. 16 ss]).

### **E. 9.2**

Sur le plan somatique singulièrement, contrairement à ce que soutient la recourante, le TAF note que la situation de santé de l'assurée ne s'est pas modifiée d'une manière considérable depuis la décision du 17 mai 2001, voire depuis la décision initiale du 16 juillet 1998 par laquelle l'OAI avait alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité, la recourante souffrant

toujours de lombalgies chroniques (cf. rapport du 29 juillet 1997 du COMAI [AI Vol. 1 pce 48 p. 12]; rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 12 mars 1999 [AI Vol. 1 pce 80]) ainsi que de cervicalgies (cf. AI Vol. 1 pce 80 et rapport d'expertise du 11 juin 2013 [AI pce 71 p. 19]). En outre, déjà en 1998 et en 2001, les plaintes de l'assurée ne s'expliquaient pas entièrement par les altérations somatiques constatées raison pour laquelle les médecins avaient observé dans un premier temps une fibromyalgie (cf. AI Vol. 1 pce 48 p. 12 et pce 80) ; actuellement, les experts ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (AI Vol. 2 pce 71 p. 18 et 21). Du reste, les limitations fonctionnelles constatées sont restées similaires ; l'assurée doit éviter les travaux lourds et le port de charges (AI Vol. 1 pce 48 p. 15 et pce 80; AI Vol. 2 pce 71 p. 25) ainsi que les sollicitations répétitives du rachis cervical et lombaire et les mouvements en porte-à-faux du rachis (AI Vol. 2 pce 71 p. 25). Le TAF ne peut donc pas suivre la recourante qui estime que son état s'est aggravé d'un point de vue rhumatologique. Il ne saurait d'ailleurs se fonder sur la simple appréciation de l'assurée.

### **E. 9.3**

Sur le volet psychiatrique, le TAF constate en premier lieu que le rapport d'expertise du 11 juin 2013 décrit l'évolution du trouble dépressif dont la recourante souffre de façon convaincante et détaillée ; le 2e épisode, en raison duquel la demi-rente d'invalidité avait été augmentée à une rente entière, était lié au retour de l'assurée au Portugal en 2000 qui avait été catastrophique pour celle-ci (AI Vol. 2 pce 71 pp. 17, 21 et 22). Il ressort de plus clairement du rapport d'expertise que l'état de santé de l'assurée s'est ensuite amélioré, celui-ci ne décrivant plus la même situation que le Dr B. \_\_\_\_\_ le 21 octobre 2000. En effet, l'expert ne fait plus état de phobies, d'anxiété (sociale) et de dépression sévère (AI Vol. 1 pce 104 pp. 2 et 4 ; cf. AI Vol. 2 pce 71 notamment p. 22) et il ne rapporte plus un glissement ou un clivage de la pensée alors noté par le Dr B. \_\_\_\_\_ (AI Vol. 1 pce 104 pp. 2 et 4). Au contraire, le Dr H. \_\_\_\_\_ fait état d'un contact agréable, collaborant et adéquat, d'un discours fluide et compréhensible et il observe que l'assurée présente des capacités adaptatives ainsi qu'une bonne structuration de sa personnalité, sans tentative de manipulation, sans infantilisme dans le contact, sans intolérance à la contradiction, sans manifestation de défenses de type archaïque et sans attitude soumise ; à titre d'exemple, l'expert souligne que la recourante a su prendre acte des problèmes de couple survenus ces dernières années, qu'elle a demandé et obtenu le divorce (le 17 juin 2011; cf. AI Vol. 2 pce 71 pp. 18, 23]) et qu'elle maintient d'excellents rapports avec sa mère, ses enfants ainsi qu'avec son entourage social (AI Vol. 2 pce 71 pp. 14, 17, 23). Le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre, dans son rapport du 19 septembre 2009 avait déjà fait état de cette amélioration de l'état de santé de la recourante en observant un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'une intensité discrète, ne pouvant entraîner, selon lui, une quelconque incapacité de travail (AI Vol. 1 pce 141). C'est ainsi en vain que la recourante soutient que son état de santé est resté inchangé depuis 2000 et que le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ est toujours d'actualité.

#### **E. 9.4.1**

Cependant, tout comme les médecins et collaborateurs de l'OAIE (cf. les p.v. du rapport OAIE/médecins [AI Vol. 2 pces 87 et 100]), le TAF ne peut pas entièrement confirmer les incapacités résiduelles de travail retenues par les experts - à savoir, depuis le 29 juillet 1997, correspondant à la date de l'expertise pluridisciplinaire du COMAI (AI Vol. 1 pce 48), une incapacité de travail de 50% dans l'ancienne activité professionnelle et une capacité de

travail entière dans une activité adaptée - dans la mesure où celles-ci invalident les constatations et décisions AI antérieures. En effet, les conditions pour reconsidérer les décisions initiales en vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas réunies en l'occurrence, les experts n'ayant procédé qu'à une nouvelle appréciation des faits antérieurs et restés inchangés. Partant, les décisions précédentes ne s'avèrent pas sans nulle doute erronées (cf. consid. 5.3 ci-dessus; cf. également consid. 4.2.1 et sur le sujet en général : ATF 127 V 466 consid. 2c, 126 V 399 consid. 2b/bb, 125 V 383 consid. 3, 119 V 475 consid. 1b/cc, 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc ; arrêts du Tribunal fédéral U 378/05 du 10 mai 2006 [SVR 2006 UV n° 17 p. 60] consid. 5.3 et I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, n° 3125 p. 846). La présence d'un motif de révision ou de reconsidération est une question de droit qui doit être examinée par l'administration et, cas échéant, par le Tribunal, et non pas par les médecins (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_283/2015 du 24 juin 2015 consid. 3 et 9C\_662/2013 du 2 décembre 2014 [SVR 2015 n° 16] consid. 2.3). La valeur probante de l'expertise médicale n'est ainsi pas affectée.

#### **E. 9.4.2**

Concrètement, s'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans l'ancienne activité professionnelle d'aide de cuisine, le TAF, à l'instar des médecins et collaborateurs de l'OAIE (AI Vol. 2 pces 87 et 100), retient que l'assurée présente une incapacité de travail totale. En effet, cette activité, compte tenu du port de charges importantes et de la position toujours debout nécessaire, a été jugée inadaptée par l'OAI lors de la décision de rente initiale du 16 juillet 1998 (cf. évaluation des activités professionnelles et du salaire exigibles du 11 novembre 1997 et décision citée [AI Vol. 1 pces 54 et 76]), contrairement à l'avis exprimé dans le rapport du COMAI du 29 juillet 1997 (AI Vol. 1 pce 48 p. 15). En outre, le début de l'incapacité de travail doit être fixé au 29 mars 1995, conformément à l'arrêt de travail pour raisons de santé attesté par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 19 octobre 1995 (AI Vol. 1 pce 10) ; l'OAI a alors versé la demi-rente d'invalidité, après le délai d'attente d'une année (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI, dans son teneur alors en vigueur), à compter du 1er mars 1996 (AI Vol. 1 pce 76). Dès lors, le TAF ne saurait suivre le rapport d'expertise du 11 juin 2013 sur ces questions. Il est par ailleurs incontesté que cette incapacité de travail totale n'a pas subi de changement depuis le 29 mars 1995 (cf. aussi consid. 9.2 ci-dessus). Le Tribunal ne peut pas non plus confirmer l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_ du SMR qui, dans un premier temps (avis du 26 août 2013 [AI Vol. 2 pce 76 pp. 6 ss]), a noté une incapacité de travail de 50% dans l'ancienne activité professionnelle dès le 1er mars 1996 ; il n'y a pas lieu de revenir sur la décision de rente initiale du 16 juillet 1998, les conditions pour la reconsidérer au sens de la loi ne sont pas réunies en l'occurrence (cf. consid. 9.4.1 ci-dessus ; voir en outre aussi l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ du 28 août 2013 [AI Vol. 2 pce 76 pp. 8 ss] et l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_ du 28 avril 2014 [AI Vol. 2 pce 98] qui attestent une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité professionnelle).

#### **E. 9.4.3**

Dans une activité adaptée qui n'est pas lourde, qui ne sollicite pas d'une manière répétitive le rachis cervical et lombaire, qui ne comporte pas de mouvement en porte-à-faux du rachis et qui n'implique pas le port de charges régulier supérieur à 5 kg, le TAF note - conformément à l'avis des médecins et collaborateurs l'OAIE (AI Vol. 2 pces 87 et 100) - que l'incapacité de travail de l'assurée est de 50% dès le 29 mars 1995 (rapport médical du 19 octobre 1995 du Dr C.\_\_\_\_\_ [AI Vol. 1 pce 10]), de 100% dès le 12 mars 1999 (cf.

rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ [AI Vol. 1 pce 80] ; cf. également les décisions des 16 juillet 1998 et 17 mai 2001 [AI Vol. 1 pces 76 et 111]) et à nouveau de 50% à compter du 19 février 2009 (cf. rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ [AI Vol. 2 pce 87]). En effet, s'agissant du début de l'incapacité de travail fixé au 29 mars 1995, l'OAI s'est basé lors de la décision initiale du 16 juillet 1998 sur les indications du Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 19 octobre 1995 (AI Vol. 1 pce 10). Quant à l'incapacité de travail totale attestée dès le 12 mars 1999, l'OAI, lors de la décision du 17 mai 2001, a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail entière (AI pce 107) et a augmenté la rente d'invalidité à compter du 1er mars 1999 (AI pce 111) compte tenu du rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 12 mars 1999 (AI Vol. 1 pce 80). L'évaluation de l'OAI était également basée sur les rapports des Drs C. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ (AI Vol. 1 pces 78, 80, 104 et 105) ainsi que sur les appréciations de son service professionnel (AI Vol. 1 pces 88, 93 et 95). Dans la mesure où les experts dans leur rapport du 11 juin 2013 n'ont pas retenu les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_, ils ont procédé à une appréciation différente des faits antérieurs restés inchangés ce qui ne justifie pas une reconsidération au sens de la loi. Pour toutes ces raisons, le TAF constate que les conditions pour reconsidérer les décisions antérieures de l'OAI ne sont pas remplies en l'espèce (cf. consid. 9.4.1 et 9.4.2 ci-dessus) ; il ne peut donc pas suivre les incapacités de travail attestées par les experts. Enfin, le TAF constate que l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assurée, confirmée par les experts (cf. AI Vol. 2 pce 71 p. 22), a déjà été documentée par le Dr E. \_\_\_\_\_ le 19 février 2009 qui, observant un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive d'une intensité discrète, a conclu que ces atteintes ne pouvaient entraîner une incapacité de travail quelconque (AI Vol. 1 pce 141 ; cf. consid. 9.3 ci-dessus). Ainsi, le Tribunal fixe l'amélioration de l'état de santé de l'assurée au 19 février 2009 et non pas au 7 mai 2013 seulement, correspondant à la date du consilium psychiatrique du Dr H. \_\_\_\_\_ (AI Vol. 2 pce 71 p. 1). Il peut ainsi suivre l'avis des médecins et collaborateurs de l'OAIE (AI Vol. 2 pces 87 et 100) mais non pas les avis des Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis des 21 août 2013 et 28 avril 2014 [AI Vol. 2 pce 76 et 98]).

### **E. 9.5**

S'agissant des rapports médicaux versés par la recourante, le TAF, tout comme l'OAIE, remarque que le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 mars 2014 et dans sa déclaration du 25 août 2014 (AI Vol. 2 pce 94, TAF pce 4 annexe 7) ainsi que le Dr L. \_\_\_\_\_ dans ses attestations des 27 janvier 2009, 27 novembre 2008 et 18 novembre 2014 (AI Vol. 1 pces 139.1 et 139.2 ; TAF pce 12 annexe 7) ne font pas état d'éléments nouveaux ou ignorés par l'expertise médicale du 11 juin 2013. Il va de même de l'information de la fille de l'assurée (TAF pce 12 annexe 6). De plus, la recourante n'explique pas pourquoi l'attestation d'une incapacité totale - qui de surcroît n'est pas motivée - du Dr L. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2008 (AI Vol. 1 pce 139.2) doit être préférée d'un point de vue objectif aux conclusions des experts et des médecins de l'OAIE ; l'attestation du Dr K. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2014 selon laquelle la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité professionnelle (AI Vol. 2 pce 95) est d'ailleurs confirmée par les médecins de l'office intimé. Dès lors, la recourante ne pourra rien déduire en sa faveur de ces rapports médicaux.

### **E. 9.6**

En résumé, l'assurée présente depuis le 29 mars 1995 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle. Dans une activité adaptée, son incapacité de travail est de 50% à partir du 29 mars 1995, de 100% dès le 12 mars 1999 et de 50% à compter du

19 février 2009.

## **E. 10**

L'administration a ensuite déterminé le taux d'invalidité de l'assurée.

### **E. 10.1**

Pourtant, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'administration, qui dans le contexte d'une révision envisage de réduire ou de supprimer la rente d'invalidité, doit examiner s'il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voir des mesures de réadaptation au sens de la loi afin que la personne assurée puisse recouvrer sa capacité de travail attestée d'un point de vue médico-théorique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). Seul dans le cas où il apparaît d'emblée que l'assuré n'a pas besoin d'une telle mesure - parce qu'il peut entreprendre sa réintégration professionnelle de son propre chef - il peut être procédé immédiatement au calcul du taux d'invalidité (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, in SVR 2010 IV n° 9 p. 27).

### **E. 10.2**

En principe, il appartient à la personne assurée d'entreprendre elle-même tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. art. 7 LAI; Michel Valterio, op. cit., n° 1254); partant, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet en règle générale d'inférer une amélioration de la capacité de gain (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1, 9C\_368/2010 cité consid. 5.2.2.1 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). La situation se présente d'une manière différente lorsque la réduction ou la suppression du droit à la rente, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis 15 ans au moins. Bien que la personne assurée ne puisse pas se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération, il y a lieu d'admettre à titre exceptionnel que dans ces deux situations les mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement attestée (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 cité consid. 7.1.2.2 et 9C\_920/0213 du 20 mai 2014 consid. 4.4). La valorisation économique de la capacité de travail résiduelle retenue par les médecins présuppose donc en principe l'octroi préalable des mesures de réadaptation; autrement dit, dans ces cas, l'octroi d'une mesure de réadaptation présente en général une condition sine qua non (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_368/2010 cité consid. 5.1.2 et 5.2.2). En outre, de jurisprudence constante, il est admis qu'il peut s'avérer nécessaire d'ordonner des mesures d'ordre professionnel aussi dans des cas limites, alors que la personne assurée n'a pas encore atteint 55 ans ou n'a pas encore touché une rente depuis 15 ans au moins, lorsqu'il ressort du dossier qu'elle ne parviendrait pas à exploiter de son propre chef sa nouvelle capacité de travail sans la mise en place préalable de mesures adéquates (ATF 141 V 5 consid. 4.2.2 et références).

### **E. 10.3**

En l'espèce, le Tribunal constate que l'assurée est depuis le 1er mars 1996 au bénéfice d'une rente d'invalidité (AI Vol. 1 pce 76) et touche toujours une demi-rente, même après la décision du 8 avril 2010 par laquelle la rente a été réduite avec effet au 1er juin 2010 et qui par ailleurs a été annulée par l'arrêt du TAF du 7 juin 2012. De plus, s'il est vrai que le 1er juin 2010 l'assurée n'était pas âgée de 55 ans, elle a à ce moment-là touché une rente depuis 14 ans et trois mois déjà (du 1er mars 1996 au 31 mai 2010 ; cf. pour le calcul : ATF 140 V 15 consid. 3.2, 129 V 442 consid. 5.1 et ATF 141 V 5 consid. 4.2.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_524/2015 cité consid. 4.1). En vertu de la jurisprudence citée ci-dessus, la situation de la recourante doit donc être considérée comme un cas limite et il convient de présumer que sans mesures d'ordre professionnel elle ne peut pas tirer profit de sa capacité résiduelle de travail médico-théorique (cf. consid. 9.6 ci-dessus). Or, le TAF remarque que l'OAIE a omis d'examiner si cette capacité pouvait se concrétiser sur un marché de travail équilibré, malgré le renvoi de la cause par l'arrêt du Tribunal du 7 juin 2012 pour qu'il détermine valablement la capacité effective de travail de la recourante (consid. 14.2 de l'arrêt). Faute d'un tel examen, l'affaire devrait en principe une nouvelle fois être renvoyée à l'OAIE ce qui prolongera une nouvelle fois le traitement de la révision de la rente initiée en octobre 2008 déjà (AI Vol. 1 pce 132). Toutefois, ce renvoi s'avère superflu. En effet, le TAF constate que les experts ont relevé - outre, il est vrai, un certain manque de motivation de la part de la recourante - qu'une tentative de réadaptation organisée par l'AI s'était soldée par un échec en décembre 1996 déjà (AI Vol. 2 pce 73 p. 25) alors que l'assurée souhaitait reprendre un travail (cf. AI Vol. 1 pce 30 p. 3 et pce 51). Par ailleurs, il ressort également du rapport du COMAI du 29 juillet 1997 qu'une réadaptation professionnelle semble difficile en raison de la scolarité insuffisante de l'assurée qui présente un certain illettrisme et ne peut pas exercer des activités nécessitant d'efforts de lecture ou de calcul (AI Vol. 1 pce 48 pce 16). En outre, il faut tenir compte des limitations fonctionnelles et personnelles de l'assurée (consid. 9.4.2 ci-dessus). Le TAF estime alors qu'il n'y a guère d'espoir que la capacité de travail médico-théorique puisse se traduire par une amélioration concrète de la capacité de gain de l'assurée. En conclusion, le Tribunal constate que l'OAIE n'a pas démontré que les conditions pour une révision conformément à l'art. 17 LPGA cité étaient réunies en l'espèce (cf. arrêt du TAF C-7527/2014 du 12 août 2015 consid. 7.3.7).

## **E. 11**

Au vu de ce qui précède, il appert que le recours doit être admis et la décision du 8 juillet 2014 annulée. Par conséquent, la recourante a toujours droit à une rente d'invalidité entière au-delà du 31 mai 2010. L'affaire est transmise à l'OAIE afin qu'il détermine le montant de la rente d'invalidité à verser à l'assurée et les intérêts moratoires dus au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA. Il rendra une décision y relative.

## **E. 12**

Il reste à examiner les questions des frais de procédure et des dépens.

### **E. 12.1**

L'assurée ayant bénéficié de l'assistance judiciaire totale (TAF pce 5), il n'est pas perçu de frais de procédure, étant du reste précisé qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

### **E. 12.2**

Me Allimann ayant été nommé avocat d'office, il sied de déterminer l'indemnité de dépens eu égard à l'art. 65 al. 3 PA qui renvoie à cette fin à l'art. 64 al. 2 à 4 PA. Par ailleurs, en

vertu de l'art. 14 al. 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), à défaut d'un décompte, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier. A ce sujet, la jurisprudence précise que les honoraires d'avocat sont, en règle ordinaire, fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (arrêt du Tribunal fédéral I 30/03 du 22 mai 2003). En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer au représentant de la recourante une indemnité à titre de dépens fixée d'une manière forfaitaire à 2'800 francs, les frais et la TVA comprise (cf. ATF 141 III 560 consid. 3.2 ss et 141 IV 344 consid. 2-4 applicables par analogie). Le dispositif se trouve à la page suivante.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.