

## **BVGer C-5983/2009 vom 12. September 2012**

Bundesverwaltungsgericht, 2012-09-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5983\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5983_2009)

FR: TAF C-5983/2009 du 12 septembre 2012

IT: TAF C-5983/2009 del 12 settembre 2012

### **Regeste**

Assurance-invalidité (divers)

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

Il ressort du dossier que, en son temps, l'administration a octroyé une rente entière d'invalidité à la recourante pour des raisons principalement psychiques. Ainsi, le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi par le COMAI en date du 28 février 1995 (OAIE pce 26) retenait les diagnostics de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgies et rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs (dorsaux et lombaires), et de status après résection du ménisque externe gauche en 1973, après laparoscopie pour douleurs abdominales chroniques en 1980, après incision de thrombose hémorroïdaire en 1989, après cure de hernie inguinale droite en 1989, après cure du tunnel carpien droit en 1991 et après cure de tunnel carpien gauche avec neurolyse du nerf cubital au coude gauche et épitrochlectomie en 1993. Les experts relevaient, sur le plan ostéo-articulaire, essentiellement des douleurs aux insertions tendineuses et une limitation de la flexion antérieure de la colonne lombaire; ils indiquaient que les examens radiologiques pratiqués précédemment ne mettaient en évidence que quelques troubles statiques et dégénératifs du rachis dorso-lombaire, soit en particulier une spondylarthrose L5-S1 et une spondylose (de D4 à D8). Au niveau neurologique, ils observaient notamment une hypoesthésie globale du membre supérieur gauche, un Tinel positif aux deux poignets et de discrets lâchages au testing musculaire, tandis que la consultation rhumatologique concluait à un syndrome polyalgique idiopathique diffus prédominant sur la colonne cervico-dorso-lombaire et au bassin, et à des signes de douleurs non organiques. Enfin, au niveau psychiatrique, les experts constataient un état dépressif. Ils concluaient à une incapacité totale dans la dernière profession comme dans une quelconque autre activité professionnelle en raison des troubles somatoformes douloureux et de l'état dépressif, et notaient le peu d'importance des troubles statiques et dégénératifs du rachis dorso-lombaire. Le médecin de l'Office AI, dans sa prise de position du 16 mars 1995 (OAIE pces 27, 28), reprenait tant les diagnostics que les conclusions des experts du COMAI.

#### **E. 10.1**

Dans la présente procédure de révision, le Tribunal administratif fédéral a jugé que les actes d'instruction ayant abouti à la décision du 14 novembre 2006 étaient insuffisants pour se prononcer valablement sur l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée et a renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle soumette la recourante à une nouvelle expertise, pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique, psychiatrique). L'autorité inférieure a confié sa réalisation à la CRR, soit aux Drs O.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et expert principal, P.\_\_\_\_\_, psychiatre, spécialiste en psychosomatique, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste

en maladies rhumatismales. La recourante a également été soumise, lors de l'expertise à la CRR, à une évaluation en ateliers professionnels et à une évaluation de ses capacités fonctionnelles.

#### **E. 10.1.1**

Dans un rapport du 10 mars 2009 (OAIE pce 139), faisant suite à un examen rhumatologique de la recourante du même jour, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux de lombalgies chroniques, discopathie modérée L4-L5 et discarthrose L5-S1, dont il précise qu'elles sont bien mises en évidence sur les documents d'imagerie détaillés dans le rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ et qu'elles sont peu évolutives au fil du temps; au niveau cervical, il observe une discopathie C4-C5. Il mentionne également que l'intéressée se plaint de douleurs généralisées, essentiellement du rachis cervical et lombaire, des épaules, des coudes et des poignets, ainsi que des genoux et des pieds, et constate qu'il existe un hiatus entre la plainte douloureuse et le handicap perçu d'une part, et les constatations objectives d'autre part. Sur la base de ces observations, il conclut que sur le plan strict de l'appareil locomoteur, l'incapacité de travail ne saurait dépasser 20%, y compris dans l'activité habituelle de lingère, l'avis psychiatrique à cet égard étant réservé.

#### **E. 10.1.2**

Parallèlement, le Dr P.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 23 mars 2009 (OAIE pce 140) faisant suite à un examen psychiatrique du 11 mars 2009, a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, considérant qu'il reste justifiable, même si le degré de détresse perçue est léger. Il expose que le tableau clinique actuel est celui d'une personne décrivant des douleurs persistantes, avec une discordance entre les éléments somatiques susceptibles de les expliquer et l'intensité des plaintes. Il précise en outre qu'on ne trouve pas d'éléments pour un trouble thymique, si ce n'est, lors d'exacerbations douloureuses, quelques symptômes anxio-dépressifs aspécifiques, ni pour un trouble de la personnalité. Il qualifie ainsi le syndrome douloureux somatoforme persistant de modéré et conclut qu'il n'a pas de valeur incapacitante au sens des critères actuels.

#### **E. 10.1.3**

Dans le rapport d'évaluation en ateliers professionnels du 10 mars 2009 (OAIE pce 137), établi suite à une observation de deux jours, les 9 et 10 mars 2009, R.\_\_\_\_\_ et le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin du travail, ont noté la bonne collaboration de l'intéressée aux tests proposés, son aptitude à appliquer sans difficulté le mode d'emploi fourni et à s'organiser pour achever le travail dans le temps prescrit, ainsi que la bonne qualité de son travail en général. Ils observent par ailleurs que la recourante alterne régulièrement les positions et que le rendement du travail est globalement plus faible que la moyenne. En conclusion, ils estiment qu'elle est capable d'adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position de travail.

#### **E. 10.1.4**

Quant aux capacités fonctionnelles, elles ont été évaluées le 10 mars 2009 par T.\_\_\_\_\_, physiothérapeute diplômée, qui indique notamment, dans son rapport d'évaluation (OAIE pce 138), une boiterie lors du test marche rapide, un essoufflement de type "dyspnée" accompagné par une douleur lors des tests d'accroupissements répétés et de tirer/pousser en dynamique, et des plaintes spontanées de douleurs. Elle constate en outre que la volonté de

donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et que le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été faible.

#### **E. 10.1.5**

Enfin, dans le rapport de synthèse du 23 mars 2009 (OAIE pce 141), comprenant également les observations du Dr O. \_\_\_\_\_ suite à l'examen de l'intéressée mené le 9 mars 2009, ce médecin a exposé qu'il était toujours fait état de douleurs généralisées, les documents radiologiques versés aux actes montrant par ailleurs que les choses n'avaient guère changé au fil du temps, puisque l'on retrouve, en L5-S1, une discarthrose un peu aggravée au cours des années, en C4-C5, une discopathie protrusive médio-latérale droite, toutefois sans conflit radiculaire évident, et au niveau des épaules et du genou gauche, l'absence d'altération particulière, les examens révélant avant tout quelques lésions de chondropathie fémoro-patellaire. Le Dr O. \_\_\_\_\_ indique qu'il existe ainsi toujours une discordance majeure entre les plaintes subjectives très importantes et les constatations cliniques et radiologiques discrètes, l'intéressée adoptant en outre, lors de l'examen, un comportement algique notable, avec, comme le Dr Q. \_\_\_\_\_ l'a également constaté, d'indiscutables incohérences. Sur la base de ces constats, les trois experts consultés, les Drs O. \_\_\_\_\_, Q. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, ont retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux de lombalgies chroniques sur discarthrose L5-S1 (CIM-10: M 54.5) et de cervicalgies chroniques avec discopathie protrusive C4-C5 (CIM-10: M 54.2), et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, celui de syndrome somatoforme douloureux persistant (CIM-10: F 45.4). Ils concluent qu'en l'absence d'affection psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, seules des limites dans le domaine physique sont à prendre en considération et que dans une activité adaptée, avec des mesures d'épargne vertébrale, à savoir un travail en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 10 kg et sans travaux lourds, une capacité de travail entière est exigible; l'activité de lingère, par contre, ne le serait plus depuis 1990.

#### **E. 10.2**

Dans sa prise de position du 20 avril 2009, qu'elle confirme le 3 août 2009 en procédure d'audition, la Dresse L. \_\_\_\_\_, médecin conseil de l'OAIE, a repris à son compte les conclusions des experts de la CRR. Elle note que le syndrome douloureux somatoforme est actuellement décrit comme modéré et n'a pas de valeur incapacitante, en l'absence d'état dépressif même léger associé, et que sur le plan ostéoarticulaire, la situation est sans changement notable mais peu limitante. Elle conclut donc à une amélioration de l'état de santé par rapport à l'expertise du COMAI en 1995 et à une capacité de travail entière dès le 12 mars 2009 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qu'elle qualifie de faibles, énoncées par les experts, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle étant toujours de 100%. L'administration s'est basée sur l'expertise précitée ainsi que sur l'appréciation de son service médical et sur la comparaison des revenus effectuée le 11 mai 2009 pour justifier dans un premier temps, dans la décision dont est recours (qui reprend le projet de décision du 13 mai 2009), la suppression de la rente avec effet au 1er janvier 2007. Puis, dans un second temps, elle a, dans sa réponse du 12 février 2010, proposé l'admission partielle du recours et la modification de la décision attaquée en ce sens que la rente entière est maintenue jusqu'au 30 septembre 2009 et supprimée dès le 1er octobre 2009 (premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 18 août 2009). La recourante conteste ce point de vue en déniait toute valeur probante à l'expertise de la CRR et demande que la décision litigieuse soit réformée dans le sens qu'elle a droit à une rente

entière au-delà du 1er janvier 2007.

## **E. 11**

Le Tribunal de céans prend position comme suit.

### **E. 11.1**

Force est de constater tout d'abord que l'expertise réalisée par les Drs O.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_, et P.\_\_\_\_\_, de même que par le Dr S.\_\_\_\_\_ et par T.\_\_\_\_\_, a été effectuée par un chirurgien orthopédique, un rhumatologue et un psychiatre spécialiste en psychosomatique, ainsi que par un médecin du travail et une physiothérapeute, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressée. De plus, cette mesure d'instruction revêt un caractère interdisciplinaire dès lors qu'outre les rapports établis par chacun des experts dans sa spécialité, il a été rédigé un rapport de synthèse tenant compte des divers observations et avis des experts, pour aboutir à une conclusion unique, tant sur les aspects médicaux que sur la capacité de travail de la recourante (OAIE pce 141 p. 9 ss), ce qui renforce la valeur probante de l'appréciation des médecins de la CRR. Finalement le rapport d'expertise du 23 mars 2009, tout comme les rapports rhumatologique et psychiatrique, a été fait en connaissance de l'anamnèse, se base sur des examens circonstanciés, prend en considération les plaintes exprimées par l'intéressée, dresse un tableau global cohérent et contient des conclusions claires et dûment motivées. Certes, ainsi que le relève la recourante, le rapport de synthèse et le rapport rhumatologique indiquent que le mari de la recourante a 63 ans (OAIE pce 139 p. 2; OAIE pce 141 p. 4), alors que celui-ci est né en 1963 (le rapport psychiatrique ne s'y trompe pas: OAIE pce 140 p. 3 en haut). Par ailleurs, l'affirmation du Dr Q.\_\_\_\_\_ selon laquelle la brûlure observée à la base du pouce droit de l'intéressée résulterait de la préparation de repas (OAIE pce 139 p. 4; OAIE pce 141 p. 9, 10) paraît quelque peu assertive et ne saurait faire par elle-même la preuve d'une discordance entre les propos de la recourante et la réalité des faits. Il en est de même de l'allégation selon laquelle l'intéressée aurait fait le trajet entre l'hôtel et la CRR à pied, sans formuler de plainte (OAIE pce 137 dernière page). Toutefois, cela ne permet aucunement de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise, celles-ci étant basées sur des observations cliniques et appréciations médicales autrement convaincantes. De même, le fait que contrairement à ce que rapporte le Dr O.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 141 p. 6), la recourante n'aurait pas pu s'accroupir pour enlever chaussures et chaussettes, n'ayant pas réussi à exécuter ce mouvement depuis des années, et le fait que, à la différence de ce qu'affirme le Dr Q.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 139 p. 4), elle ne pourrait plus conduire de voiture depuis longtemps, ne suffisent pas à mettre en doute la pertinence des conclusions des experts. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante qui sollicite l'audition de témoins pour prouver ses déclarations (voir supra consid. 6.3). L'intéressée reproche en outre aux experts de ne pas avoir examiné quelles professions elle pourrait encore exercer, alors que le Tribunal de céans avait requis cet examen dans son arrêt du 11 août 2008; elle estime que le rapport d'expertise est insuffisant sur ce point. Or, ainsi que l'autorité inférieure l'a relevé dans la décision dont est recours, les experts ont précisément exposé les limitations fonctionnelles propres à la recourante, ce qui a permis au service médical de l'OAIE de déterminer différents types d'activités de substitution, compatibles avec les restrictions fonctionnelles qui, au demeurant, autorisent une grande variété d'activités. Enfin, il apparaît parfois, à la lecture des rapports des experts, une confusion quant à la date de la première expertise pluridisciplinaire du COMAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, en

particulier, datant cette expertise de 1992 au lieu de 1995, tandis qu'un passage du rapport de synthèse, tout en datant correctement l'expertise du COMAI, laisse penser que la décision initiale d'octroi de la rente entière aurait reposé sur cette expertise. Cette confusion n'est cependant pas de nature à invalider les conclusions des experts de la CRR ou à en atténuer la pertinence, puisque d'une part, la rente entière a été maintenue sur la base de l'expertise du COMAI et que d'autre part, il s'agit précisément, dans la présente affaire, d'examiner la situation de l'intéressée en la comparant à celle qui existait lors de l'expertise du COMAI. Au vu de ce qui précède, il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation des Drs O.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_.

## **E. 11.2**

Il appert ensuite que la documentation médicale versée au dossier concernant la période antérieure à mars 2009, moment où l'intéressée a été examinée par les experts de la CRR, n'est pas de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions des praticiens précités.

### **E. 11.2.1**

Ainsi en est-il du rapport du 18 octobre 1995 du Dr D.\_\_\_\_\_, établi suite à une tomographie par ordinateur du rachis lombaire (OAIE pce 31), du protocole opératoire de la neurolyse et de la transposition antérieure du nerf cubital au coude droit, pratiquées le 27 décembre 1995 par la Dresse E.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 33), des rapports de la tomographie de la colonne cervicale et lombaire du 2 août 2006 (OAIE pces 94, 95) et du genou gauche, du 10 août 2006 (OAIE pce 96), ainsi que de l'échographie abdominale du 25 octobre 2006 (OAIE pce 93), des rapports d'examens par résonnance magnétique de la colonne cervicale et lombo-sacrée, du 19 mars 2007 (OAIE pces 107, 108), et du genou gauche, du 11 avril 2007 (OAIE pce 103), et du rapport de la neurographie du 17 mai 2007 (OAIE pces 104, 105), qui se limitent à exposer les résultats d'examens et à poser, sans les étayer, des diagnostics qui confirment que l'intéressée souffre de troubles au niveau du rachis, du genou gauche et des membres supérieurs, en particulier le tunnel carpien droit. Ces documents ne contiennent aucune analyse des éléments médicaux qu'ils observent au regard de la capacité de travail, ni ne se prononcent sur une éventuelle modification de l'état de santé de la recourante. Ils ne sauraient dès lors remettre en question les conclusions de l'expertise de mars 2009, ce d'autant plus que cette documentation, ou les faits qu'elle relate, ont été portés à la connaissance des médecins de la CRR, comme le montre en particulier l'énumération qui en est faite dans le rapport de synthèse du 23 mars 2009 (OAIE pce 141 p. 7, 8). Ces médecins en ont ainsi tenu compte au cours de leurs examens, pour arriver à la conclusion qu'à cet égard, l'état de santé de la recourante avait peu évolué (OAIE pce 141 p. 9) et que seules les lombalgies chroniques sur discarthrose L5-S1 et les cervicalgies chroniques avec discopathie protrusive C4-C5 avaient une répercussion sur la capacité de travail (OAIE pce 141 p. 8). La recourante soutient à ce propos, dans son mémoire de recours, que l'historique des examens radiologiques montre clairement une aggravation de son état de santé; elle fait valoir que le rapport d'IRM lombaire (recte: cervical) du 19 mars 2007 serait cité de manière incomplète par les experts puisqu'il documente notamment une volumineuse hernie discale en C4-C5, dont ne feraient pas état les médecins de la CRR. Or, il sied de relever, comme le note la Dresse L.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 3 août 2008, que rien ne permet de douter de la capacité des experts de la CRR de lire les images qui leur ont été soumises et d'apprécier la gravité des atteintes et leur évolution, les Drs O.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ étant des spécialistes en chirurgie orthopédique et rhumatologie; il y a lieu de souligner par ailleurs que ces experts n'ont pas nié toute péjoration de l'état somatique de

l'intéressée puisqu'ils notent une aggravation de la discarthrose en L5-S1, qu'ils qualifient néanmoins de légère (OAIE pce 141 p. 9). Il en va du rapport du bilan vasculaire des membres supérieurs et inférieurs du 5 mai 1995 du Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien (OAIE pce 30), comme des documents précités, ce médecin se contentant d'indiquer le résultat de l'examen mené, soit une acro-cyanose bilatérale, à propos de laquelle il précise d'ailleurs qu'elle est une affection bénigne et sans conséquence. Il en est ainsi également du rapport neurologique du 26 avril 2001 du Dr F.\_\_\_\_\_. (OAIE pce 59), qui se limite à énumérer des diagnostics que les experts de la CRR n'ont au demeurant pas méconnus, et à noter que l'examen neurologique est normal, à l'exception d'un syndrome radiculaire L5-S1 fruste. Enfin, le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, du 24 mai 2007 (OAIE pce 106), très succinct, fait certes état de cervicalgies incapacitantes, mais sans préciser plus avant le degré d'incapacité, ni en quoi elle consiste.

### **E. 11.2.2**

Parmi les praticiens qui se sont prononcés sur la capacité de travail de la recourante, le Dr W.\_\_\_\_\_, dans un rapport intermédiaire du 21 juin 1997 (OAIE pce 35), pose les diagnostics de troubles fonctionnels multiples, de polyinsertionite chronique, de douleurs lombaires sur troubles statiques et discopathies, surtout en L5-S1, d'acro-cyanose des extrémités supérieures, de status douloureux après opération du tunnel carpien à gauche, puis neurolyse et transposition du nerf cubital au coude droit, de douleurs abdominales et d'état anxieux chronique; il conclut à une incapacité de travail de 100%. Ce rapport n'est toutefois pas de nature à remettre en question les conclusions des experts de la CRR. En effet, outre qu'il est sommaire et date de 1997, il a été établi par le médecin traitant de la recourante lorsque celle-ci résidait en Suisse, par ailleurs médecin généraliste. Or, ainsi que l'a exposé le Tribunal fédéral, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire, à moins qu'il soit fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés par les experts et qui sont assez pertinents pour remettre en cause les conclusions de ces experts, ce qui n'est pas le cas du rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ (voir supra consid. 6.2). Les mêmes remarques s'appliquent aux rapports, toutefois plus récents, du médecin traitant de la recourante au Portugal, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, qui indique qu'il suit la recourante depuis l'établissement de cette dernière dans ce pays (OAIE pce 86). Dans ces rapports, le premier datant du 27 août 2006 (OAIE pce 86), repris pour l'essentiel par le second, du 18 décembre 2006 (OAIE pce 98), les écritures des 9 septembre 2005 et 24 juillet 2006 (OAIE pces 73, 84), manuscrites, s'avérant très peu lisibles, le Dr J.\_\_\_\_\_ fait état d'une hernie discale cervicale, d'une périarthrite scapulo-humérale, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral et d'une discopathie L5-S1. Il y mentionne également une dégradation progressive au niveau psychologique et affirme que l'intéressée, les dernières années, est en traitement psychiatrique et orthopédique, sans pour autant qu'une amélioration significative puisse être constatée. Il conclut en mentionnant que la sécurité sociale portugaise aurait évalué à 100% l'incapacité de la recourante dans l'exercice de son activité habituelle. Il convient de faire à l'égard de ces rapports les remarques suivantes. Tout d'abord, s'agissant des troubles somatiques constatés par le Dr J.\_\_\_\_\_, il sied de noter là encore qu'ils n'ont pas été ignorés par les médecins de la CRR, qui ont eu accès aux documents d'imagerie (voir supra consid. 11.2.1). Par ailleurs, le Dr J.\_\_\_\_\_ étant spécialiste en orthopédie et non pas en psychiatrie, ses observations quant aux atteintes psychologiques ne sauraient avoir la valeur de celles d'un spécialiste, ce à quoi s'ajoute le fait que le Dr G.\_\_\_\_\_, justement psychiatre, a souligné, dans ses rapports du 7 mai 2001

(OAIE pce 58) et du 12 septembre 2005 (OAIE pce 74), l'absence de suivi psychiatrique, ce que confirme le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise psychiatrique (OAIE pce 140 p. 3). Enfin, le constat d'un statu quo au niveau somatique est partagé par les experts de la CRR, de même que celui d'une incapacité de 100% dans l'exercice de l'activité habituelle. Le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin du service de vérification des incapacités de la sécurité sociale portugaise, s'est également prononcé quant à la capacité de travail de la recourante, dans deux rapports, l'un du 4 juin 2001 (OAIE pce 60), l'autre du 20 octobre 2005 (E 213 [OAIE pce 75]). Il y mentionne les mêmes atteintes somatiques que le Dr J. \_\_\_\_\_, auxquelles il ajoute, dans le E 213, le diagnostic d'anxiété (à propos duquel il renvoie à un rapport psychiatrique qui est sans nul doute celui du Dr G. \_\_\_\_\_ du 12 septembre 2005 [OAIE pce 74]); il estime, dans son premier rapport, que l'incapacité de travail de l'intéressée est supérieure à 50%, précisant par ailleurs que cette dernière est capable d'exercer une activité rémunérée, mais conclut plus tard, dans le E 213, à une incapacité totale de travail, dans le dernier emploi dans une blanchisserie comme dans toute autre activité, sans possibilité d'amélioration (OAIE pce 75). Il y a lieu de noter à l'égard de ces deux rapports que tant celui du 4 juin 2001, qui constitue au demeurant un indice d'amélioration de l'état de santé de la recourante, quoique dans une moindre mesure que ce que constatent les médecins de la CRR, que le E 213, sont bien moins motivés et complets que les rapports de la CRR de mars 2009. En particulier, le Dr H. \_\_\_\_\_ ne donne pas d'explications, ni de précisions quant à sa conclusion selon laquelle la recourante pourrait exercer une activité rémunérée, mais à moins de 50%; il ne décrit pas non plus de limitations fonctionnelles, ni ne dit pourquoi, alors qu'il retient, dans ses deux rapports, les mêmes diagnostics, mis à part l'anxiété, il estime que l'incapacité de travail de l'intéressée est devenue totale en 2005. Ces deux documents ne sauraient dès lors équivaloir à un rapport d'expertise. Enfin, au niveau psychiatrique, le Dr G. \_\_\_\_\_ a lui aussi pris des conclusions quant à la capacité de travail de la recourante. Tout comme les experts de la CRR, il diagnostique, dans son premier rapport du 7 mai 2001 (OAIE pce 58), un trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10: F 45.4) et conclut, d'un point de vue psychiatrique et selon les tables portugaises, à une incapacité de travail de 25%, constatant ainsi une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante, qu'il confirme par la suite, dans un second rapport du 12 septembre 2005 (OAIE pce 74). Il y pose le diagnostic de trouble anxieux généralisé (CIM-10: F 41.1) et estime l'incapacité de travail à 15%. La recourante fait remarquer à cet égard que le Dr G. \_\_\_\_\_ a écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ce qui était la raison qui justifiait la prétendue amélioration de l'invalidité d'un point de vue psychiatrique; ainsi, si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, posé par les médecins de la CRR, devait être retenu, ce serait la preuve que l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ était erroné et que l'état de santé psychiatrique de l'intéressée ne s'est pas amélioré, ce qui remettrait en cause le rapport d'expertise et la révision de la rente. Il convient tout d'abord de souligner que si le second diagnostic du Dr G. \_\_\_\_\_ et celui retenu par les experts ne sont pas identiques, leurs conclusions quant à une amélioration de la capacité de travail de l'intéressée concordent. Or, comme le souligne le Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail. Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle dans ce contexte plutôt secondaire, un diagnostic étant une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la

santé invalidante (ATF 132 V 65 consid. 3.4). Ensuite, c'est précisément pour expliciter une situation qu'il jugeait peu claire en raison d'un dossier médical lacunaire et confus que le Tribunal de céans a renvoyé l'affaire à l'administration pour la mise en oeuvre d'une expertise. Les experts s'étant clairement prononcé au niveau psychiatrique dans un rapport présentant pleine valeur probante, l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, antérieur à ce rapport et moins fondé, ne saurait suffire à remettre en cause un constat d'amélioration que, par ailleurs, ce praticien observe lui aussi. Il sied enfin d'ajouter, s'agissant des rapports du Dr J.\_\_\_\_\_ et du rapport E 213, comme cela a été dit ci-dessus concernant le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2005, qu'ils ont été produits au cours de la procédure initiale de révision ayant conduit à la décision de suppression de rente du 14 novembre 2006, décision annulée par le Tribunal de céans dans son arrêt du 11 août 2008, notamment pour le motif que cette documentation médicale n'était pas suffisante pour emporter la conviction. Ces rapports ne sauraient dès lors être déterminants dans la présente affaire, ni remettre en cause les conclusions des experts.

### **E. 11.2.3**

Il en va de même des prises de position du Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre et médecin conseil de l'OAIE, des 17 février, 25 mars, 3 mai et 27 octobre 2006 (OAIE pces 76, 77, 79, 81), qui conclut à une incapacité de travail de la recourante de 50% depuis le 12 septembre 2005 et de 5% dans l'activité ménagère, et de celles de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 3 avril et du 27 septembre 2007 (OAIE pces 100, 110), qui estime quant à elle que l'incapacité de travail est totale dans l'ancienne activité et de 50% dans une activité de substitution. En effet, bien que leurs observations au niveau médical, à savoir une amélioration manifeste du trouble psychique et un statu quo sur le plan ostéoarticulaire, se traduisant par une diminution du degré d'incapacité de travail, rejoignent celles des médecins de la CRR, elles sont fondées sur une documentation médicale dont le Tribunal administratif fédéral a clairement dit, dans son arrêt du 11 août 2008, qu'elle n'emportait pas la conviction.

### **E. 11.3**

Le Tribunal de céans constate également que les rapports médicaux produits par la recourante suite à l'expertise de la CRR ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts.

#### **E. 11.3.1**

Ainsi, sur le plan psychiatrique, l'intéressée a produit un rapport du 18 juin 2009 du Dr V.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 153), à propos duquel la recourante précise qu'il ne s'agit pas de son médecin traitant, mais d'un médecin consulté pour un second avis. Ce psychiatre observe un trouble de l'adaptation par réaction dépressive prolongée (CIM-10: F 43.21) et fait état d'une aggravation de l'état dépressif, notamment après 2005 et 2007; il conclut, d'un point de vue psychiatrique et selon les tabelles portugaises, à une incapacité de travail de 30%. Or, bien que le degré d'incapacité de travail fixé par le Dr V.\_\_\_\_\_ témoigne effectivement d'une aggravation par rapport aux avis des Drs G.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, il représente toutefois une amélioration de cette incapacité si on le compare avec le taux retenu par le COMAI en 1995, allant ainsi dans le sens des conclusions de l'expertise de mars 2009.

#### **E. 11.3.2**

En ce qui concerne les troubles somatiques, la recourante a versé aux actes un rapport, daté du 18 juin 2009, établi par la Dresse U.\_\_\_\_\_, rhumatologue (OAIE pce 155). Celle-ci

affirme que l'incapacité de travail de la recourante est toujours entière, en raison de douleurs ostéoarticulaires, documentées par divers examens d'imagerie. Comme cela a déjà été relevé, les experts de la CRR ont eu eux aussi accès à ces documents d'imagerie et ont constaté que la recourante souffrait effectivement d'atteintes au niveau somatique, en particulier du rachis, causant un certain nombre de limitations fonctionnelles; toutefois, ils ont estimé dans leur appréciation, tout comme, à l'époque, les experts du COMAI, que ces troubles n'avaient pas pour conséquence une incapacité totale de travailler. Or, outre il n'y a pas lieu de douter de la capacité des médecins de la CRR à lire des documents d'imagerie (voir supra consid. 11.2.1), leur position quant à la capacité de travail de l'intéressée ne saurait être remise en question par celle, succincte et moins détaillée, de la Dresse U.\_\_\_\_\_. Cette dernière diagnostique par ailleurs une fibromyalgie qui se serait aggravée et empêcherait l'intéressée d'exercer toute activité professionnelle. La recourante reproche à cet égard aux experts de ne pas avoir testé ce diagnostic. Or, ceux-ci ont retenu celui de syndrome somatoforme douloureux persistant. Ainsi que le souligne le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence relative au trouble somatoforme douloureux et à la fibromyalgie, il faut admettre, lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie ou d'un assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux, que l'on se trouve dans une situation comparable, dans la mesure où les manifestations cliniques de ces maladies sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses) c'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux - et qu'il n'existe pas, dans l'un comme dans l'autre cas, de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. La Haute Cour conclut à ce propos que, eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a également dit que même si le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ce trouble est susceptible d'entraîner, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Or, en l'espèce, si la Dresse U.\_\_\_\_\_ pose pour sa part le diagnostic de fibromyalgie, le Dr V.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 18 juin 2009, ne le confirme pas. Les observations de la Dresse U.\_\_\_\_\_ ne sauraient dès lors jeter le doute sur celles des médecins de la CRR, qui sont le résultat d'une expertise interdisciplinaire impliquant non seulement un médecin rhumatologue, mais également un psychiatre, et tenant compte dès lors à la fois des aspects rhumatologiques et des aspects psychiques. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs jugé que l'expertise interdisciplinaire était la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle eu égard également aux critères déterminants précités (voir supra consid. 7) que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Il sied à cet égard de préciser, ainsi que cela ressort du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 23 mars 2009, que si la recourante présente bien une affection corporelle chronique sous la forme de lombalgies et cervicalgies, et qu'un certain nombre de traitements (particulièrement, au niveau du rachis, des infiltrations, des séances d'ostéopathie, des analgésiques, selon le Dr J.\_\_\_\_\_ [rapport

du 26 juin 2009; OAIE pce 154]) ont été tentés sans succès, elle ne souffre pas de troubles psychiques d'une certaine gravité. Le Dr P. \_\_\_\_\_ ne trouve en effet aucun élément pour un trouble thymique, ni pour un diagnostic de trouble de la personnalité, le Dr G. \_\_\_\_\_ relevant quant à lui, en 2001, une humeur de tonalité dépressive, puis, en 2005, un trouble de l'anxiété; le Dr V. \_\_\_\_\_ mentionne pour sa part un trouble de l'adaptation, par réaction dépressive prolongée. Or, ces troubles ne laissent pas conclure à la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes au sens de la jurisprudence, ni, au vu de son évolution, d'un état psychique cristallisé. Il résulte en outre de l'anamnèse contenue dans le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ que le réseau social est manifestement conservé (la recourante vit avec son mari et ses filles, décrit ses relations familiales mari, enfants, parents, soeurs et belle-famille et avec son voisinage comme tout à fait bonnes et harmonieuses [OAIE pce 140 p. 3]). Enfin, il existerait une certaine incohérence dans le comportement algique adopté par la recourante (OAIE pce 141 p. 9). Le Tribunal de céans ne saurait dès lors retenir, en se fondant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral (voir consid. 7), la présence d'une comorbidité psychiatrique significative ou une situation telle que l'intéressée ne puisse faire face dans l'exercice d'une activité. Il s'ensuit qu'en l'espèce, le syndrome somatoforme douloureux persistant n'a pas de caractère invalidant, conclusion des experts de la CRR, que l'avis de la Dresse U. \_\_\_\_\_ ne permet pas de reconsidérer.

### **E. 11.3.3**

Sur le plan somatique, un second rapport a été produit, du 26 juin 2009, rédigé par le Dr J. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 154). L'orthopédiste estime en substance que la maladie ostéo-musculo-articulaire de la recourante s'est aggravée, en particulier en 2007, comme le révéleraient les résultats des examens du rachis effectués le 19 mars 2007 (OAIE pces 107, 108), et ce, tant au niveau cervical (volumineuse hernie discale C4-C5) et lombaire qu'au niveau des épaules. Il considère que les médecins de la CRR ont atténué la gravité de l'état de l'intéressée, et conclut à une incapacité de 100% dans toute activité. Or, comme cela a été dit à plusieurs reprises, et comme le note la Dresse L. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 3 août 2008 (OAIE pce 158), rien ne permet de douter des compétences des experts de la CRR, qui sont à même de lire les images qui leur ont été soumises et d'apprécier la gravité des atteintes et leur évolution, le Dr O. \_\_\_\_\_ notamment étant, comme le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique (voir supra consid. 11.2.1).

### **E. 11.3.4**

Cela étant, force est de constater que le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, tout comme le rapport psychiatrique du Dr V. \_\_\_\_\_, bien que moins motivés que les rapports d'expertise de mars 2009, remplissent pour l'essentiel les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'une pièce médicale, dans la mesure où ils sont fournis et cohérents, tiennent compte des plaintes de la recourante, ont connaissance de l'anamnèse et de l'historique médical de l'intéressée, traitent des points litigieux notamment en se prononçant sur la modification de l'état de santé de la recourante, et parviennent à des conclusions claires. Or, ces conclusions, à savoir l'aggravation des troubles somatiques résultant en une incapacité de travail totale et une atteinte psychiatrique autorisant toutefois la reprise d'une activité à 70%, divergent de celles des experts de la CRR. Cependant, outre que les rapports de ces derniers s'avèrent plus complets que ceux des Drs J. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, il convient de rappeler la jurisprudence du Tribunal fédéral et de tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti

pour son patient, cette constatation s'appliquant de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Le Tribunal fédéral a ainsi estimé que dans un tel cas de divergence, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire, à moins que les médecins mandatés par l'assuré fassent état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (consid. 6.2). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, les experts ayant eu à leur disposition les mêmes éléments, en particulier les documents d'imagerie, que les médecins consultés par la recourante, et ayant eux aussi examiné cette dernière.

#### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans peut par conséquent se rallier à l'appréciation des médecins de la CRR et à celle de l'administration et de son service médical, et conclure au degré de la vraisemblance prépondérante, que, par rapport à la situation donnée le 27 mars 1995, date de la décision confirmant l'octroi de la rente entière, l'état de santé de la recourante s'est amélioré de façon significative sur le plan psychique, et ce, dès mars 2009 (voir OAIE pces 145. 158), les experts, dans leur rapport de synthèse, n'ayant pas indiqué que cette amélioration était survenue avant l'expertise, quand bien même le Dr P. \_\_\_\_\_ a mentionné, dans son rapport, que l'état psychique de la recourante serait resté inchangé durant les dix dernières années au moins. Ceci autorisait l'administration à procéder à un examen complet de la situation tant au niveau des faits que du droit. Par ailleurs, la mise en oeuvre de mesures d'instruction ou de moyens de preuve supplémentaires, tels qu'une expertise judiciaire, s'avère superflue et la requête de la recourante dans ce sens ne saurait être suivie (voir supra consid. 6.3). Il y a donc lieu de retenir que, sur le plan médical, l'intéressée, dès mars 2009, était totalement incapable d'exercer son activité habituelle, mais disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par les experts de la CRR (voir supra consid. 10.1.5) et que cet état a perduré jusqu'au 18 août 2009, date de la décision attaquée. Par contre, jusqu'en mars 2009, la recourante était, comme au moment du maintien de la rente entière en 1995, totalement incapable d'exercer toute activité. Une comparaison des revenus est par conséquent nécessaire et justifiée.

#### **E. 13**

Il convient d'examiner auparavant si l'autorité inférieure aurait dû mettre la recourante au bénéfice d'une mesure de réadaptation. En effet, le Tribunal fédéral a récemment jugé qu'il y a lieu d'examiner l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle si, lors d'une révision, la diminution ou la suppression de la rente concerne une personne qui a atteint l'âge de 55 ans ou qui touchait une rente depuis plus de 15 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3897/2009 du 14 juin 2011 consid. 13), ce qui est le cas en l'espèce, la recourante, qui, si elle avait 51 ans en 2009, recevait alors sa rente depuis 17 ans. La jurisprudence considère à cet égard que les effets d'une longue absence du marché du travail ne peuvent être atténués que par des mesures de réintégration et/ou de réadaptation délivrées par l'assurance-invalidité, sauf s'il apparaît que la personne assurée serait capable de réintégrer le marché du travail par ses propres moyens (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). Dans la plupart des cas, l'examen lié aux mesures de réadaptation professionnelle n'entraîne aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut

raisonnablement exiger de la personne assurée, qui priment sur les mesures de réadaptation, suffisent à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou supprimer la rente. En l'espèce, il sied de tenir compte du fait que les médecins de la CRR, s'ils ont répondu que des mesures de réadaptation étaient envisageables, n'ont pas indiqué qu'elles étaient indispensables et n'ont émis aucune réserve quant aux facultés de la recourante à valoriser de son propre chef sa capacité de travail dans une activité légère, adaptée à son état de santé somatique. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles qu'ils ont mises en évidence autorisent une grande variété d'activités simples et répétitives, telles que la gestion de stock, la vente (par correspondance, vente de billet, etc), des activités de caissière, d'enregistrement, de classement et d'archivage, de distribution de courrier interne, d'accueil ou de standardiste, ou encore la saisie de données (OAIE pce 145.1). Ainsi la recourante peut nouvellement travailler à 100% dans de nombreux secteurs, qui en outre ne nécessitent pas de formation spécifique autre qu'une mise au courant initiale, de sorte qu'il est réaliste de considérer que le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier puisse lui offrir suffisamment de postes pour mettre en valeur, par ses propres moyens, sa capacité résiduelle de travail. Il n'y a dès lors pas lieu d'octroyer des mesures de réadaptation dans la présente affaire.

#### **E. 14**

Dans son arrêt du 11 août 2008, le Tribunal administratif fédéral a jugé que dans la mesure où la recourante était active à temps complet avant l'arrêt de travail définitif, il convenait de déterminer le degré de son invalidité en appliquant, non pas la méthode mixte, mais la méthode générale, au moyen d'une comparaison des revenus, ce qu'a fait l'autorité inférieure lors de l'instruction complémentaire du dossier (OAIE pce 148). Il sied dès lors d'examiner si cette comparaison a été effectuée de façon conforme au droit, étant relevé que la recourante ne soulève aucun grief concret en la matière.

#### **E. 14.1**

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait gagner en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré. Le gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques. Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). L'administration doit de plus tenir compte, pour le salaire d'invalide de référence, d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

#### **E. 14.2**

En l'occurrence, l'OAIE a effectué une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale, en comparant un revenu de valide correspondant au salaire, adapté à 2006, que la recourante aurait obtenu en 1991, si, sans atteinte à la santé, elle avait continué à travailler pour X. \_\_\_\_\_ SA, et un revenu d'invalide déterminé sur la base d'une moyenne entre les salaires statistiques mensuels moyens 2006 d'une salariée dans différents secteurs d'activités (commerce de gros, commerce de détail, services fournis aux entreprises, informatique), niveau de qualification 4, tels qu'ils ressortent des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Le revenu

d'invalidé a encore été diminué de 15% pour tenir compte des circonstances du cas particulier. L'autorité inférieure a dès lors conclu que la recourante subissait, dès mars 2009, une diminution de sa capacité de gain n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité.

### **E. 14.3**

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement réalisé au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et les références). Il convient en général, ainsi que l'a fait l'autorité inférieure, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. En l'espèce, selon le questionnaire du 3 juin 1992 (OAIE pce 7) établi par X. \_\_\_\_\_ SA, dernier employeur de la recourante, celle-ci aurait gagné en 1991, si elle avait continué à travailler, un salaire annuel de Fr. 39'962.-, soit un revenu mensuel de Fr. 3'330.17, qu'il s'agit d'indexer, selon l'indice des salaires nominaux (OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2010), en se référant à l'année 2009, moment où le droit à la rente est supprimé et date de la décision dont est recours. On obtient dès lors un montant de Fr. 4'503.76 (1887 en 1991 et 2552 en 2009;  $[3'330.17 \times 2'552] : 1'887$ ). Il sied de noter à cet égard que le salaire mensuel moyen d'une salariée avec des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans l'hôtellerie et la restauration, tel qu'il ressort des statistiques salariales de l'ESS 2008 (Fr. 3'986.-), une fois indexé à l'année 2009 (+ 2.4% dans le secteur "Hôtellerie et restauration" [OFS, Indice des salaires nominaux 2002-2009]) et adapté à l'horaire usuel de 42 heures hebdomadaires en 2009 dans le domaine concerné (Fr. 4'285.75), est inférieur au salaire qu'aurait effectivement gagné la recourante chez X. \_\_\_\_\_ SA en 2009. Il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte ici, ni de procéder à un parallélisme des revenus à comparer, qui, selon le Tribunal fédéral, peut se justifier si le revenu effectivement réalisé de l'assuré est nettement inférieur au salaire statistique usuel dans la branche concernée (ATF 135 V 58 consid. 3.1, arrêt du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.2.1).

### **E. 14.4**

Concernant le salaire d'invalidé, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé et s'agissant en l'occurrence d'une personne ayant exercé sa dernière activité en Suisse, c'est à juste titre que l'autorité inférieure s'est référée à l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Toutefois, dans la mesure où la recourante conserve en l'espèce une capacité de travail importante dans des travaux légers, il y a lieu de retenir, dans les données économiques statistiques, la moyenne des revenus auxquels peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), toute branche confondue, ce salaire statistique étant suffisamment représentatif de ce que l'intéressée serait en mesure de réaliser en tant qu'invalidé dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). Il sied ainsi de se référer aux données de l'ESS 2008 et de retenir le montant de Fr. 4'198.- (pour 40h./sem.; OFS, ESS 2008, Tableau T1, p. 23), qu'il s'agit d'indexer à l'année 2009, soit + 2.1% (Fr. 4'286.16 pour 40h./sem.), puis d'adapter à la durée hebdomadaire moyenne de travail en heures en 2009, tout secteur confondu, soit 41.6 heures (La Vie économique, 9-2011, B9.2, p. 94), pour obtenir un revenu d'invalidé de Fr. 4'457.61.

### **E. 14.5**

En ce qui concerne la réduction pour des motifs personnels et professionnels, on note que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et relève en premier lieu de l'Office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. En conséquence, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt du Tribunal fédéral I 133/07 du 21 janvier 2008 consid. 2.3; ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références citées). En l'espèce, l'OAIE a réduit le revenu d'invalidé de la recourante de 15%, réduction que le Tribunal de céans considère adaptée au cas d'espèce, compte tenu de l'âge de la recourante, des limitations fonctionnelles qu'elle subit et de l'éventail d'activités lui étant encore accessibles. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de la réduction de 15% retenue par l'autorité inférieure, de sorte que le revenu avec invalidité se monte à Fr. 3'788.97 (Fr. 4'457.61 x 85%). La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 4'503.76 au revenu d'invalidé de Fr. 3'788.97 fait apparaître un préjudice économique de 15.87%, inférieur au taux de 40% nécessaire pour maintenir le droit à une rente d'invalidité. Pour être complet, il sied de remarquer qu'un abattement plus important n'entraînerait aucune modification de la décision litigieuse, car même si l'on appliquait au revenu d'invalidé la réduction maximale de 25% admise par le Tribunal fédéral (Fr. 4'457.61 x 75% = Fr. 3'343.21), la perte de gain ainsi obtenue serait toujours inférieure à 40% (25.77%). L'autorité de céans constate dès lors que la capacité de gain de la recourante s'est bel et bien améliorée, et de façon durable, à partir de mars 2009, date de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR.

### **E. 15**

Eu égard à ce qui précède, il appert que l'autorité inférieure a agi conformément au droit en supprimant la rente d'invalidité de la recourante. Toutefois, ainsi que le relève l'OAIE dans sa réponse au recours du 12 février 2010, la suppression de la rente ne saurait avoir lieu rétroactivement au 1er janvier 2007, et doit prendre effet dès le 1er octobre 2009. Le Tribunal fédéral a en effet jugé, dans un arrêt du 22 décembre 2010, que si les résultats de l'instruction complémentaire menée par l'administration, lorsque l'une de ses décisions supprimant ou réduisant des prestations de l'assurance-invalidité suite à une révision est annulée et que la cause lui est renvoyée, infirmaient au moins partiellement le contenu de la décision originelle, il ne saurait être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies; l'élément distinctif déterminant consiste donc dans le moment auquel survient le changement notable de circonstances influençant le droit aux prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, soit durant la procédure initiale d'instruction, soit durant la procédure d'instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.2; voir également arrêts du Tribunal fédéral 8C\_567/2011 du 3 janvier 2012 consid. 3.2 et 8C\_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4.2.3). Le changement notable ayant eu lieu en l'espèce en mars 2009, à savoir durant la procédure d'instruction complémentaire, et les médecins, notamment du service médical de l'OAIE, ayant retenu que la recourante était totalement incapable de travailler jusqu'à cette date, il convient de maintenir le versement de la rente entière jusqu'au premier jour du deuxième mois qui suit

la notification de la décision entreprise, soit le 1er octobre 2009, en application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201).

#### **E. 16**

Au vu de tout ce qui précède, le recours du 18 septembre 2009 doit être partiellement admis et la décision du 18 août 2009 supprimant la rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2007, réformée, en ce sens que la recourante a droit, sans interruption jusqu'au 30 septembre 2009, au versement de la rente entière qui lui a été octroyée par décision du 21 mai 1993 et qui a été maintenue par décision du 27 mars 1995; dès le 1er octobre 2009, la rente d'invalidité est supprimée.

#### **E. 17**

La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI), fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 400.- et mis, à hauteur de Fr. 130.-, à la charge de la partie recourante qui succombe, ces frais étant réduits dans la mesure où la recourante n'a été déboutée que partiellement (art. 63 al. 1 et 2 PA). Le montant de Fr. 130.- est compensé par l'avance de frais de Fr. 400.- dont la recourante s'est acquittée au cours de l'instruction et le solde de Fr. 270.- lui sera remboursé sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'une avocate, a droit à des dépens réduits pour la présente procédure. Compte tenu du travail effectué par la mandataire de la recourante, consistant en un recours de 16 pages, en une réplique d'une page et demi et en trois courriers divers, il se justifie d'allouer une indemnité de Fr. 1'600.-, à la charge de l'autorité inférieure.

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