

BVGer C-836/2007 vom 15. März 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-836_2007

FR: TAF C-836/2007 du 15 mars 2010

IT: TAF C-836/2007 del 15 marzo 2010

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou les décisions sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce. En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n°

1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 2.2

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), que l'examen du droit à des prestations d'invalidité dans le cas d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise. Celle-ci datant en l'espèce du 7 décembre 2006, la présente cause est donc soumise à la LAI et à son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

E. 3.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 3.2

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

E. 3.3

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1er LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

E. 3.4

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

E. 4.1

Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, *Droit administratif*, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). Le Tribunal fédéral a en effet jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; *Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c*). L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, *op. cit.*, vol. II, ch. 2.2.6.5).

E. 4.2

Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter,

dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

E. 4.3

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 5.1

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 6/1998 p. 296 consid. 3b).

E. 5.2

Le juge des assurances sociales, quant à lui, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

E. 5.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid.

3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 6

En l'espèce, le litige porte sur la suppression d'une rente d'invalidité par la voie de la révision.

E. 6.1

Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 RAI). L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de

l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

E. 6.2

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a). Par contre, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1, ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 6.3

En l'occurrence, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 1999, pour un degré d'invalidité de 100%. Au cours de l'année 2004, l'OAIE a entrepris une révision d'office du droit à la rente et a supprimé, par décision du 7 décembre 2006, la rente entière versée jusqu'alors à X._____, au motif que son état de santé et, partant, sa capacité de gain se seraient améliorés de façon notable dès le 22 novembre 2005, son invalidité s'élevant désormais à 15%. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de l'octroi de la rente par décision du 15 février 2001, et ceux qui ont existé jusqu'au 7 décembre 2006, date de l'acte litigieux.

E. 7.1

En l'espèce, le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu à l'assurée en février 2001, en raison de troubles d'ordre psychologique. Le Dr H._____ avait en effet retenu, dans sa prise de position du 21 décembre 2000, que la recourante souffrait d'une infirmité correspondant au numéro 646 des Codes pour la statistique des infirmités et des prestations, qui recouvre les « troubles réactifs du milieu ou psychogènes; névroses, borderline cases (limite entre la psychose et la névrose); anomalie psychique simple, par exemple; caractère hypocondriaque ou démentiel: troubles fonctionnels du système nerveux et troubles du langage qui en sont la conséquence, dans la mesure où ils n'ont pas été codifiés comme troubles physiques », et qu'elle subissait des atteintes fonctionnelles combinées, d'ordre mental, psychique et physique (numéro 91, Codes pour la statistique des infirmités et des prestations). Le Dr H._____ avait alors fondé son opinion sur l'avis du Dr A._____, médecin traitant de la recourante à l'époque, qui avait noté en particulier l'état de dépression larvée, adynamique et affaibli de sa patiente; il l'estimait incapable de travailler, de faire des efforts ou des travaux physiques. Selon les rapports médicaux versés au dossier lors de

l'instruction de la demande de rente déposée par la recourante, cette dernière présentait également, au moment de la décision du 15 février 2001, un status post-néphrectomie gauche pour un carcinome à cellules claires en 1998, l'évolution étant favorable en l'absence de tout élément en faveur d'une récurrence du cancer, un status post-colposuspension selon Burch en 1997, un status post-exérèse d'un kyste lutéinique droit par laparoscopie en 1992, un status post-stérilisation tubaire en 1990 et un status post-excision d'un kyste mammaire gauche bénin en 1983, un status post-piqûre de guêpe avec réaction de type III selon Muller, un status post-réduction d'un hallux valgus bilatéral, des kystes, notamment au foie, une hypertrophie compensatrice du rein droit, des règles menstruelles irrégulières, des sinusites récidivantes, une hypertension artérielle, toutefois mise en doute par le Dr A._____, ainsi que des douleurs dorsales et abdominales. En outre, elle avait subi, en mai 2000, une cure d'événtration et la mise en place d'un filet de Marlex. Enfin, le Dr A._____ avait noté chez l'assurée un recours à des boissons alcoolisées pour faire face à ses responsabilités.

E. 7.2

Lors de la procédure de révision initiée en décembre 2004, l'OAIE s'est essentiellement fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du COMAI du 27 janvier 2006, pour conclure à une pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. La recourante le conteste, estimant en substance que ni son état de santé, ni sa capacité de travail ne se sont améliorés, et mettant en doute l'appréciation des médecins de la PMU.

E. 7.2.1

Les experts du COMAI, dans le rapport du 27 janvier 2006, ont posé, comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail, celui de cervico-dorso-lombalgies chroniques, qui constitueraient le facteur actuel limitant les activités physiques de l'assurée, et comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, une incontinence urinaire d'effort avec status après colposuspension en 1997, une néphro-urétérectomie totale gauche, la situation oncologique étant stable, une hypertension artérielle non traitée, une probable consommation d'alcool nocive pour la santé, une broncho-pneumopathie chronique obstructive, un tabagisme actif, des allergies au venin de guêpe et une réduction d'hallux valgus bilatéral; au niveau abdominal, ils n'ont relevé aucune lésion hépatique focale, hormis trois lésions connues depuis 2000, stables, considérées comme étant de probables angiomes hépatiques bénins; enfin, se fondant sur l'examen de la Dresse O._____, ils n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique chez l'assurée. Sur cette base, les experts ont conclu à une capacité de travail de l'ordre de 80% dans les activités ménagères, en raison des limitations rhumatologiques, voire urologiques, soit en particulier le port de charges, qui ne peuvent être supérieures à 12 kg, les travaux lourds, la position de travail. Or, au cours de la procédure de révision, d'autres documents médicaux ont été produits, dont le rapport CH/E20 du 28 avril 2005 du Dr M._____, établi en application de la convention de sécurité sociale entre l'Espagne et la Suisse. Dans son rapport, le Dr M._____ a retenu les diagnostics suivants: antécédents de néphro-urétérectomie gauche, colposuspension, mise en place d'un filet Marlex, asthme bronchial, symptomatologie dépressive et rachialgies; il a noté en outre qu'il n'existait aucun indice de récurrence du cancer et que l'incontinence urinaire persistait. Il a constaté au surplus que l'assurée était calme, que son état général était normal (démarche, mouvements, musculature, état de nutrition, etc), qu'elle n'avait pas besoin de l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et que sa mobilité était conservée. Le Dr M._____ a conclu à une incapacité totale et définitive de l'assurée dans toute activité.

E. 7.2.2

Si l'on observe, à la lecture de ces deux rapports, une certaine cohérence concernant les troubles physiques diagnostiqués, notamment s'agissant des douleurs dorsales, force est de constater par contre la divergence évidente existant entre eux, non seulement s'agissant de leurs conclusions sur la capacité de travail de la recourante, mais également au niveau du diagnostic psychiatrique. Ainsi, et dans la mesure où aucun des autres documents médicaux versés au dossier dans le cadre de la procédure de révision ne vient corroborer l'une ou l'autre de ces positions, puisqu'ils ne font que confirmer, outre les status après interventions subies entre 1983 et 2000, des atteintes somatiques déjà connues, sur lesquelles tous les médecins s'accordent - soit des kystes ou nodules stables, notamment au foie, une hypertrophie du rein droit, des troubles menstruels, une incontinence urinaire persistante et, sur le plan oncologique, une absence de récurrence -, sans dénoter une amélioration ou une aggravation de ces atteintes depuis la décision d'octroi de la rente, et sans se prononcer, par ailleurs, sur la capacité de travail de l'assurée, il convient de déterminer si l'un des deux rapports susmentionnés l'emporte sur l'autre, permettant de trancher l'affaire, ou s'il s'avère nécessaire de procéder à une clarification des faits.

E. 7.2.3

Au regard des lignes directrices posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral en ce qui concerne la manière d'apprécier expertises et rapports médicaux, ainsi que des exigences quant au contenu de ces rapports et expertises (voir consid. 5.2 et 5.3), l'autorité de céans estime que le rapport des experts du COMAI est complet, motivé et cohérent et qu'il convient de donner préséance à ses conclusions, au détriment de celles du Dr M._____. En effet, pour apprécier le cas de l'assurée, les médecins de la PMU ont procédé, les 22 et 23 novembre 2005, à des examens clinique et paracliniques (hématologie, chimie, autoanticorps, fonction thyroïdienne, électrophorèse des protéines sériques, radiologie); ils ont en outre fait appel à une psychiatre, la Dresse O._____, et à un rhumatologue, le Dr P._____, pour des consultations spécialisées, le 23 novembre 2005; les conclusions du rapport d'expertise ont de plus été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 7 décembre 2005 en présence d'un interniste, d'un neurologue, et de la psychiatre, de sorte que tous les aspects médicaux propres au cas de l'assurée ont été étudiés et analysés. Par ailleurs, l'anamnèse, constituée notamment de l'anamnèse familiale, personnelle, psychosociale et professionnelle, est complète, et il a également été tenu compte des plaintes de la patiente. Enfin, l'appréciation du cas retranscrite dans le rapport d'expertise du 27 janvier 2006, qui reprend les discussions des experts sur chacun des aspects de l'état de santé de la recourante et motive leurs conclusions, est claire, de même que sont claires ces conclusions, tant quant aux limitations fonctionnelles qu'au niveau de la capacité de travail. Au surplus, l'expertise du COMAI ne comporte pas de contradiction. Il n'y a, partant, aucune raison de ne pas y accorder foi ou de donner préférence à l'avis médical du Dr M._____, dont le rapport est bien plus succinct et moins approfondi que l'expertise du COMAI, ne bénéficie pas du point de vue de plusieurs spécialistes et n'expose pas les raisons de ses conclusions quant à l'incapacité de travail de l'assurée, ne faisant pas état, notamment, de limitations fonctionnelles. C'est dès lors à la lumière du rapport d'expertise pluridisciplinaire du COMAI qu'il conviendra d'examiner si véritablement le taux d'invalidité d'X._____ s'est modifié depuis la décision d'octroi de la rente d'invalidité.

E. 7.3

A la lecture du dossier, il appert que les affections présentes et passées de la recourante sont d'ordre psychologique et somatique, se manifestant à cet égard au niveau urologique, uro-gynécologique, rhumatologique, respiratoire, abdominal, cardiovasculaire.

E. 7.3.1

S'agissant des troubles psychiatriques, que le Dr A. _____ avait signalés chez sa patiente sous la forme d'une dépression larvée et que le Dr H. _____ avait retenus dans son avis du 21 décembre 2000, les experts du COMAI, suivant en cela les observations faites par la Dresse O. _____ au cours de sa consultation, ont indiscutablement constaté l'absence de toute psychopathologie antérieure ou actuelle. La Dresse O. _____ a en effet indiqué ne pas avoir trouvé de signe de la lignée dépressive, ni sur le plan anamnestique, ni sur le plan clinique, n'ayant relevé aucun symptôme dépressif. Elle ne note en outre aucun trouble de la lignée psychotique, ni aucun trouble de la personnalité, en particulier dépendante. La psychiatre ne retient dès lors aucun diagnostic psychiatrique chez l'assurée. Or, c'est précisément en raison de troubles psychologiques que l'OAI VD avait reconnu à la recourante, en février 2001, un taux d'invalidité de 100% lui donnant droit à une rente entière d'invalidité, la jugeant totalement incapable d'exercer toute activité en raison des limitations dues à son état de santé psychique. Force est de constater dès lors une amélioration nette de l'état de santé et de la capacité de gain de l'assurée, à cet égard du moins, celle-ci n'ayant d'ailleurs fourni aucun document médical établi par un spécialiste en psychiatrie qui attesterait d'atteintes ou d'un suivi d'ordre psychiatrique.

E. 7.3.2

En revanche, concernant les troubles somatiques, si, au vu des résultats de l'expertise pluridisciplinaire, on observe que sur de nombreux plans, l'état de santé de l'assurée est resté stable depuis la décision d'octroi de la rente, ou qu'il s'est légèrement modifié, sans pour autant influencer sur la capacité de travail, il s'avère qu'il existe, au niveau rhumatologique et, dans une moindre mesure, au niveau uro-gynécologique, une aggravation des atteintes à la santé subies par la recourante. Les médecins de la PMU ont en effet posé, comme diagnostic ayant une influence essentielle sur la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies chroniques, dans un contexte d'arthrose compatible avec les altérations normales liées à l'âge de l'assurée, suivant en cela les observations du Dr P. _____, requis de procéder à une consultation rhumatologique. Celui-ci précise qu'il n'y a pas d'éléments orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, neurocompressive ou infectieuse, mais qu'il existe radiologiquement de discrets troubles dégénératifs compatibles avec une évolution naturelle de l'âge, qui n'expliqueraient pas cependant l'intensité et la persistance de la symptomatologie douloureuse, laquelle constitue, selon le médecin, le facteur limitant les activités physiques de l'assurée. Sur le plan rhumatologique encore, les experts n'ont retenu aucun signe d'une éventuelle lésion dégénérative des mains. S'il avait déjà été fait mention de douleurs dorsales au moment de la décision d'octroi de rente, notamment par le Dr A. _____, elles n'avaient pas été considérées à l'époque comme ayant un caractère invalidant. Or, les experts du COMAI ont reconnu, dans leur rapport du 27 janvier 2006, que les atteintes rhumatologiques, bien que ne limitant pas la recourante dans les amplitudes articulaires, l'empêchent d'exercer des activités répétitives, soumises à un stress de rendement, impliquant des travaux de force et le port régulier de charges supérieures à 12 kg, et ont des répercussions sur la capacité de travail. Sur le plan uro-gynécologique par ailleurs, les médecins de la PMU ont constaté une incontinence urinaire d'effort, qui n'apparaissait pas en tant que tel au moment de la décision d'octroi de

la rente, le diagnostic retenu alors étant celui de status après colposuspension selon Burch en 1997. Bien qu'ils l'aient qualifiée de diagnostic sans influence essentielle sur la capacité de travail et qu'ils aient estimé qu'elle n'aggraverait pas le pronostic en termes de capacité de travail, les experts ont toutefois noté que l'incontinence urinaire entraînait des difficultés dans le port de charges lourdes. S'agissant au surplus des méno-métrorragies dont il était fait état dans le rapport de la Dresse I. _____ en 2002, les experts soulignent que la problématique semble calme et asymptomatique. Ainsi en va-t-il, sur le plan urologique, de la situation oncologique, dont les experts, comme le Dr J. _____, médecin traitant de l'assurée, dans son rapport du 5 avril 2005, disent qu'elle est stable, en l'absence de signe de récurrence du cancer, ce que notaient déjà les médecins du CHUV en 2000. Au niveau respiratoire, le diagnostic des médecins de la PMU est celui d'une bronchopathie chronique obstructive dans le cadre d'un tabagisme actif, au lieu des sinusites chroniques récidivantes retenues auparavant par le Dr A. _____, sans répercussions toutefois sur la capacité de travail de la recourante en l'absence de dyspnée. Il en est de même de l'hypertension artérielle, qui avait été mentionnée au moment de la décision d'octroi de rente, bien que mise en doute par le Dr A. _____, et du possible abus d'alcool, nié par l'assurée, signalé à l'époque par le Dr A. _____ et que relèvent également les experts du COMAI, lesquels se fondent à cet égard sur l'examen clinique et biologique auquel ils ont procédé, quoique le scan abdominal ne démontre pas de lésion hépatique focale, hormis trois lésions stables connues depuis 2000 à tout le moins, considérées comme étant des probables angiomes hépatiques bénins. Il convient de rappeler à ce propos que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la dépendance à l'alcool ne justifie pas en soi une invalidité au sens de la loi; en revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265, consid. 3c, ATF 99 V 28 consid. 2). Les experts retiennent enfin, parmi les diagnostics déjà posés à l'époque de la décision d'octroi de rente et qui étaient et sont toujours sans influence sur la capacité de gain, ceux d'allergies au venin de guêpe et de réduction d'hallux valgus bilatéral en 1992.

E. 7.3.3

La Cour de céans observe dès lors, ainsi que le fait la Dresse N. _____, du service médical de l'OAIE, notamment dans son avis du 8 juin 2006, qu'une modification des circonstances s'est bel et bien produite depuis la décision du 15 février 2001 et qu'il existe, sur le plan psychologique, une amélioration de l'invalidité telle, la recourante ne présentant plus ni troubles dépressifs, ni limitations fonctionnelles liées, qu'à cet égard, sa capacité de gain serait de 100%. Il a été établi toutefois, en procédure de révision, que l'état de santé d'X. _____ s'était aggravé sur le plan rhumatologique, aggravation ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Il s'agit à présent de déterminer dans quelle mesure cette aggravation influence la capacité de travail et, partant, l'invalidité de la recourante.

E. 8

Les experts du COMAI ont retenu, comme limitations dues à l'atteinte à la santé de la recourante, la position de travail, le port de charge, qui ne peut être supérieure à 12 kg, les travaux lourds, le niveau de formation et la motivation, et ont conclu à une capacité de travail de 80% dans les tâches ménagères.

E. 8.1

Il convient de relever à cet égard que lors de la décision d'octroi de rente, l'assurée, qui a cessé toute activité lucrative en 1990 suite à la naissance de son deuxième enfant, a été considérée par l'OAI VD comme une personne active, dans la mesure où l'enquête économique sur le ménage du 6 septembre 1999 avait établi qu'elle aurait exercé une activité lucrative à 100% dès août 1999 si elle avait été en bonne santé. Et c'est également sous cet angle que l'OAIE a évalué la capacité de gain de la recourante lors de la révision de la rente, en application de la méthode générale.

E. 8.1.1

Le Tribunal fédéral a maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré et qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels ou inversement (arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006 consid. 2.2 et 2.3 et les références citées). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut donc examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 5 al. 1 LAI, art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse; pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006, ATF 129 V 150 consid. 2.1 et les références citées).

E. 8.1.2

En l'espèce, X._____, mariée et mère de deux enfants, s'est vue octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 1999, calculée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Or, depuis l'époque où cette rente lui a été accordée jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse, la situation personnelle et familiale de la recourante a peu changé. En effet, au 7 décembre 2006, date de la décision entreprise, le premier de ses enfants, né en 1975, est largement majeur et l'était déjà à l'octroi de la rente;

quant à son second enfant, né en 1990, qu'elle jugeait suffisamment indépendant dans l'enquête économique sur le ménage de septembre 1999 pour imaginer reprendre une activité lucrative à 100% dès août 1999 si elle avait été en bonne santé, il est à deux ans de la majorité au moment de la décision litigieuse, de sorte que si l'assurée, considérant ses enfants, pensait pouvoir reprendre une activité lucrative à l'époque de l'octroi de la rente, elle le peut à plus forte raison actuellement. Quant au mari de l'assurée, il était au chômage dès décembre 1998 et l'est également en Espagne, le rapport d'expertise du 27 janvier 2006 indiquant qu'il perçoit une allocation de chômage de EUR 350. Au surplus, il convient de noter que la recourante ne conteste pas, dans son mémoire de recours, l'application de la méthode générale d'évaluation de l'invalidité en procédure de révision, puisqu'elle affirme, au contraire, que c'est bien la capacité de travail, et non pas la capacité d'effectuer des activités ménagères, qui est déterminante en l'occurrence, dans la mesure où la décision initiale tenait compte d'une reprise d'activité lucrative à 100% en août 1999. C'est par conséquent à juste titre que l'administration, en procédure de révision, a jugé qu'il convenait de traiter l'assurée comme une personne active, qui exercerait une activité lucrative si elle était en bonne santé, et de conserver la méthode générale d'évaluation de l'invalidité.

E. 8.1.3

Il sied d'ajouter, à ce propos, qu'il se justifiait également de considérer la recourante comme une personne active à l'époque de la décision d'octroi de la rente entière et que celle-ci ne saurait être regardée comme manifestement erronée, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, pour ce motif. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. La jurisprudence a précisé que pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, ATF 115 V 314 consid. 4a/cc). Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt du Tribunal fédéral I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). Or en l'occurrence, l'enquête économique sur le ménage du 6 septembre 1999 a démontré avec une vraisemblance prépondérante que l'assurée, si elle avait été en bonne santé, aurait repris une activité à 50% dès août 1997 et à 100% dès août 1999, le plus jeune de ses enfants ayant alors neuf ans et son mari étant au chômage, de sorte que la situation familiale de la recourante aurait permis et nécessité qu'elle reprenne une activité. Partant, dans la mesure où elle s'est notamment appuyée sur cette documentation, la décision du 15 février 2001 rendue initialement par l'OAI VD ne saurait être considérée comme manifestement erronée et ne peut donc faire l'objet d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, ce qui, du reste, n'est pas avancé par l'OAIE. Il est constant, en outre, qu'il n'y a pas d'intérêt à la rectification de cette décision, dans la mesure où les circonstances se sont modifiées notablement depuis lors et qu'il y a donc

motif à révision.

E. 8.2

Ainsi, les experts du COMAI ont fixé un taux de capacité de travail uniquement s'agissant des tâches ménagères, omettant de faire de même concernant la capacité de travail de l'assurée dans une activité lucrative. Toutefois, dans la mesure où l'expertise pluridisciplinaire est complète, cohérente et sans équivoque, il convient d'examiner si véritablement elle ne permet pas de déterminer quelle est la capacité de travail de la recourante dans une activité lucrative, et partant, son invalidité.

E. 8.2.1

Si les médecins de la PMU se sont bornés à fixer, dans leur rapport, un taux précis pour la capacité de travail de l'assurée dans les activités ménagères, il s'avère que le Dr P. _____, qui a procédé à l'examen rhumatologique de l'assurée dans le cadre de l'expertise du COMAI et diagnostiqué chez la recourante des atteintes de cet ordre, considérant qu'elles ont des répercussions sur la capacité de travail, a conclu que pour des activités non répétitives, non soumises à un stress de rendement (par exemple travail à la chaîne), sans travaux de force et sans port régulier de charges supérieures à 12 kg, la capacité de travail est complète. Le Dr P. _____ a ainsi non seulement décrit très clairement les limitations que subit l'assurée dans ses activités, mais il s'est également prononcé sans équivoque sur une pleine capacité de la recourante dans des activités adaptées aux limitations décrites. Or, on ne saurait, à la lecture de l'appréciation du rhumatologue, restreindre les limitations qu'il expose et ses conclusions quant à la capacité de travail aux seules activités ménagères, dans la mesure où le Dr P. _____ ne le fait pas, d'une part, et d'autre part, car on ne voit pas en quoi les limitations fonctionnelles décrites ne seraient pas pertinentes dans le cadre d'activités lucratives, que l'assurée serait alors capable d'exercer. Les conclusions du rhumatologue n'ont d'ailleurs pas été contredites par les experts puisqu'ils ont retenu, dans leur appréciation du cas, les mêmes limitations fonctionnelles exposées par le Dr P. _____, se contentant de noter que dans des activités tenant compte de ces restrictions, la capacité de travail de la recourante serait élevée, sans plus de précisions, si ce n'est s'agissant des activités ménagères, relevant que dans ce cadre, la limitation dans le port de charges peut correspondre à une limitation de l'ordre de 20% lorsqu'on se réfère à la méthode de comparaison des champs d'activités. Se fondant sur le rapport d'expertise du 27 janvier 2006, et relevant l'absence de pathologie psychiatrique et une situation oncologique stable et sans conséquence fonctionnelle sur la capacité de travail, la Dresse N. _____, dans sa prise de position du 8 juin 2006, est venue pour sa part confirmer l'avis du Dr P. _____ et a estimé à 50% l'incapacité de travail de la recourante comme aide de cuisine ou dame de cafétéria, tâches impliquant des périodes de stress et par moment le port de charges lourdes, et à 100% la capacité de travail dans des activités de substitution telles que vendeuse dans un shop station de service, caissière dans un cinéma ou surveillante de parking.

E. 8.2.2

Au vu des conclusions du Dr P. _____ et des avis des experts du COMAI, l'autorité de céans ne voit pas de motifs de s'écarter de la prise de position motivée de la Dresse N. _____ du 8 juin 2006. En effet, la Cour estime, de même que la Dresse N. _____, que la dernière activité de l'assurée, en tant qu'aide de cuisine (préparation pour traiteur), requiert des tâches qui peuvent être lourdes, stressantes, notamment en cuisine, et

contraignantes en terme de rendement, et qu'elle ne saurait être exigée à plus de 50%. Par contre, les activités de vendeuse dans le commerce de détail, de caissière dans un cinéma ou de surveillante de parking, proposées par la Dresse N. _____ et prises en compte à juste titre par l'autorité inférieure, n'exigent ni travaux de force, ni port régulier de charges, permettent de changer de position (assise, debout) et n'impliquent pas un stress de rendement, ni ne sont répétitives, à la manière du travail à la chaîne; de plus, elles sont accessibles sans formation professionnelle particulière. Le Tribunal ne voit donc pas en quoi la capacité de travail de la recourante serait empêchée ou réduite s'agissant de ces activités adaptées, qui tiennent compte des restrictions induites par les atteintes à la santé de l'assurée. De surcroît, il sied de noter que selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, la législation suisse des assurances sociales part du principe que des critères tels que l'âge, la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent pas des circonstances relevantes pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas de toute évidence comme exclue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008). En conséquence, la Cour est d'avis que la recourante peut exercer, à plein temps, une activité adaptée à ses atteintes à la santé, et ce, à tout le moins dès le mois de novembre 2005, date de l'expertise pluridisciplinaire, ainsi que l'ont retenu la Dresse N. _____ et l'OAIE, les experts du COMAI n'ayant pu déterminer avec précision le moment à partir duquel la capacité de travail s'est modifiée. Au surplus, dans la mesure où les documents médicaux à disposition, et en particulier l'expertise du COMAI qu'aucun document médical probant ne vient remettre en cause, font état de diagnostics clairs, exposent précisément les limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de l'assurée et dont il faut tenir compte, et permettent de prendre position sur la capacité résiduelle de travail de la recourante, l'autorité de céans, rejoignant à cet égard l'autorité inférieure, constate que le dossier médical est suffisant et qu'une nouvelle expertise, telle que l'a sollicitée l'assurée, n'est pas nécessaire.

E. 9

Cela étant, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait la recourante dans l'exercice d'une activité médicalement exigible.

E. 9.1

L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre

entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2005 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

E. 9.2.1

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 citées). A ce titre il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. C'est précisément ce que l'autorité inférieure a fait en se basant sur l'extrait de compte individuel de l'assurée (TAF pce 29) qui fait part d'un salaire annuel, sur douze mois, de Fr. 17'456.-, réalisé en 1989, avant que la recourante ne cesse, à la naissance de son second enfant en février 1990, son activité d'aide de cuisine qu'elle exerçait à 100% (OAIE pces 4, 33, 57). Ce montant annuel, non contesté par la recourante, correspond à un salaire mensuel de Fr. 1'454.67, que l'OAIE dit avoir indexé selon l'indice des salaires nominaux par catégories de travailleurs, en se référant à l'année 2004 (Office fédéral de la statistique [OFS], Evolution des salaires 2004, Tableau T1.A.39, p. 40), pour obtenir un montant de Fr 2'040.55. Toutefois, étant donné qu'il a été établi que l'assurée pourrait reprendre une activité lucrative à partir de novembre 2005, il convient de tenir compte de l'évolution des salaires jusqu'à 2005, en indexant le revenu mensuel susmentionné selon l'indice suisse de l'évolution des salaires nominaux (OFS, Evolution des salaires 2005, Tableau T1.39, p. 35), à savoir 1680 en 1989 et 2386 en 2005. Le revenu mensuel sans invalidité se monte ainsi à Fr. 2'065.98 ($[1'454.67 \times 2'386] : 1680$).

E. 9.2.2

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, la jurisprudence admet le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'OFS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Les rémunérations retenues par l'ESS servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6). II

convient de souligner encore que l'important dans l'évaluation de l'invalidité d'un assuré est que les deux termes de la comparaison, à savoir revenu sans invalidité et revenu d'invalidé, soient équivalents, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4) et à une même année de référence. S'agissant en l'occurrence d'une assurée ayant exercé sa dernière activité en Suisse, c'est à juste titre que l'autorité inférieure s'est référée à l'ESS pour déterminer le gain hypothétique d'invalidé. En l'espèce, il a été admis qu'une activité adaptée était exigible à plein temps, pour autant qu'elle ne soit pas répétitive, ni soumise à un stress de rendement, qu'elle n'implique pas de travaux de force et de port régulier de charges supérieures à 12 kg et qu'elle permette de changer de position assise/debout. Or, les activités envisagées par le service médical de l'OAIE (vendeuse, caissière ou surveillante de parking) tiennent compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Il s'agit ainsi d'activités légères, comparables à celles d'un salarié avec des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), dans les domaines du commerce de détail et des services collectifs et personnels, retenus à juste titre par l'autorité inférieure. Or, cette dernière, dans son évaluation de l'invalidité du 1er septembre 2006, s'est fondée, pour déterminer le revenu d'invalidé de la recourante, sur les données salariales résultant de l'ESS 2004. Cependant, comme exposé ci-dessus en rapport avec le salaire sans invalidité (voir consid. 9.2.1), il convient de prendre comme référence l'année durant laquelle la modification durable des circonstances a été constatée, à savoir 2005. Il sied ainsi de se référer aux données de l'ESS 2004 (OFS, ESS 2004, OFS, Tableau TA1, p. 53), qu'il s'agit d'indexer selon l'indice suisse de l'évolution des salaires nominaux (OFS, Evolution des salaires 2005, Tableau T1.39, p. 35), à savoir 2'360 en 2004 et 2'386 en 2005, puis d'adapter à l'horaire usuel, en 2005, dans le domaine concerné (la Vie économique, 12-2008, B9.2, p. 94). Soit: commerce de détail, dont le revenu mensuel moyen standardisé 2004 en Suisse est de Fr. 3'792.-, pour 40 heures hebdomadaires, et qui se monte à Fr. 4'015.88 une fois indexé et adapté à l'horaire usuel de 41.9 heures par semaine, en 2005, dans le domaine concerné ($[3'792 \times 2'386] : 2'360 = 3'833.78$; $[3'833.78 \times 41.9] : 40 = 4'015.88$); services collectifs et personnels, dont le revenu mensuel moyen standardisé 2004 en Suisse est de Fr. 3'640.- (salaire générique), pour 40 heures hebdomadaires, et qui se monte à Fr. 3'827.30 une fois adapté à l'horaire usuel de 41.6 heures par semaine, en 2005, dans le domaine concerné ($[3'640 \times 2'386] : 2'360 = 3'680.10$; $[3'680.10 \times 41.6] : 40 = 3'827.30$). Le salaire de référence moyen avec invalidité, correspondant à la moyenne des deux revenus indiqués ci-dessus, s'élève donc à Fr. 3'921.59. Il convient encore en l'espèce d'opérer deux réductions distinctes sur ce dernier montant, pour les raisons exposées ci-après.

E. 9.2.3

Selon le Tribunal fédéral, il peut se justifier d'opérer un parallélisme des revenus à comparer si le revenu effectivement réalisé de l'assuré est nettement inférieur au salaire statistique usuel dans la branche concernée en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple, une formation scolaire minime, un manque de formation professionnelle ou des difficultés à être embauché consécutives au status de saisonnier) et si rien n'incite à penser que l'assuré désire délibérément se contenter de ce salaire inférieur à la moyenne (ATF 135 V 58 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.2.1). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidé en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). L'arrêt 135 V 297

précise qu'un revenu peut être considéré comme nettement inférieur à la moyenne, lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel. Par ailleurs, le parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5%. En l'espèce, l'assurée a travaillé en Suisse jusqu'en 1990, comme femme de chambre, serveuse, vendeuse et, en dernier lieu, comme aide de cuisine, soit dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration et également dans celui de la vente (emploi auprès d'une épicerie-traiteur; OAIE pces 1, 4, 57). Elle n'a pas repris d'activité depuis. Ainsi, s'agissant de déterminer quel serait, sur le marché suisse, le salaire statistique mensuel moyen de la recourante dans son activité habituelle sans invalidité, il sied de se référer à nouveau aux données de l'ESS 2004 (OFS, ESS 2004, OFS, Tableau TA1, p. 53), qu'il conviendra d'indexer selon l'indice suisse de l'évolution des salaires nominaux (OFS, Evolution des salaires 2005, Tableau T1.39, p. 35), à savoir 2'360 en 2004 et 2'386 en 2005, puis d'adapter à l'horaire usuel, en 2005, dans le domaine concerné (la Vie économique, 12-2008, B9.2, p. 94). Soit: hôtellerie et restauration, dont le revenu mensuel moyen standardisé 2004 en Suisse, pour une salariée exerçant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), est de Fr. 3'466.-, pour 40 heures hebdomadaires, et qui se monte à Fr. 3'688.15 une fois indexé et adapté à l'horaire usuel de 42.1 heures par semaine, en 2005, dans le domaine concerné ($[3'466 \times 2'386] : 2'360 = 3'504.18$; $[3'504.18 \times 42.1] : 40 = 3'688.15$); commerce de détail, dont le revenu mensuel moyen standardisé 2004 en Suisse, pour une salariée exerçant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), est de Fr. 3'792.-, pour 40 heures hebdomadaires, et qui se monte à Fr. 4'015.88 une fois indexé et adapté à l'horaire usuel de 41.9 heures par semaine, en 2005, dans le domaine concerné ($[3'792 \times 2'386] : 2'360 = 3'833.78$; $[3'833.78 \times 41.9] : 40 = 4'015.88$). La moyenne de ces deux secteurs d'activités se monte à Fr. 3'852.01, de sorte que le salaire mensuel effectif réalisé par l'assurée est inférieur de 46.37% au salaire statistique ($[(3'852.01 - 2'065.98) \times 100] : 3'852.01$), la part excédant le taux minimal de 5% étant par conséquent de 41.37%. Il s'avère dès lors que le revenu effectivement réalisé par la recourante est nettement inférieur au salaire statistique usuel, pour des raisons, au vu du dossier, sans rapport avec l'invalidité, puisque l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante à l'époque, qu'elle n'a en outre fréquenté que l'école primaire et n'a pas de formation professionnelle, de même qu'il n'existe, dans les documents à disposition de l'autorité de céans, aucun indice laissant penser que l'assurée désirait volontairement se contenter de ce salaire. Il convient donc de réduire le salaire de substitution de 41.37%, ce qui donne un montant de Fr. 2'299.23.

E. 9.2.4

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. La jurisprudence n'admet cependant pas, à ce titre, de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). 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'invalidité de l'assurée de 15%, réduction que le Tribunal de céans considère adaptée au cas d'espèce,

compte tenu de l'âge de la recourante (52 ans en 2005), des limitations fonctionnelles qu'elle subit, de l'éventail d'activités lui étant encore accessibles et du parallélisme des revenus effectué. Le Tribunal fédéral a en effet précisé à cet égard, dans l'ATF 135 V 297, que les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois la déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles. 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. 1'954.34 (Fr. 2'299.23 x 85%).

E. 9.2.5

La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 2'065.98 au revenu d'invalidité de Fr. 1'954.34 fait apparaître un préjudice économique de 5.40% ($\frac{2'065.98 - 1'954.34}{2'065.98} \times 100$), insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

E. 9.2.6

Pour être complet, il sied d'ajouter que même si l'on devait considérer une diminution à 80% de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ($3'921.59 \times 80\% = 3'137.27$), ainsi que l'ont estimé les experts du COMAI s'agissant des tâches ménagères, quand bien même celles-ci sont assurément, à maintes égards, plus lourdes et difficiles à exécuter, au vu de l'état de santé de l'assurée, que les activités de substitution retenues en la présente cause, et même si, en outre, l'on tenait compte, en plus de la réduction de 41.37% en raison du parallélisme des revenus ($3'137.27 - [3'137.27 \times 41.37\%] = 1'839.38$), d'un abattement maximal de 25% ($1'839.38 - [1'839.38 \times 25\%] = 1'379.53$), cela ne modifierait en rien les conclusions du présent arrêt, le taux d'invalidité obtenu restant en deçà des 40% donnant droit à une rente d'invalidité ($\frac{2'065.98 - 1'379.53}{2'065.98} \times 100 = 33.23\%$).

E. 10

Eu égard à ce qui précède, l'autorité de céans constate que la capacité de gain de la recourante s'est bel et bien améliorée, à tout le moins depuis novembre 2005, date de l'expertise pluridisciplinaire du COMAI, et qu'elle durait donc depuis plus de trois mois le 7 décembre 2006, date de la décision de la suppression de rente. En outre, cette amélioration peut être considérée comme durable vu qu'aucun fait médical mettant en évidence une aggravation significative de l'état de santé de la recourante n'a été avancé en procédure de recours. Le pronostic de la capacité de travail posé par les experts du COMAI, qui, certes, se sont prononcés sur les activités ménagères, va d'ailleurs dans le sens du maintien de cet état amélioré, puisque ce pronostic est stable sur le plan oncologique, favorable sur le plan rhumatologique et neutre s'agissant de l'incontinence urinaire d'effort. C'est donc à juste titre que l'OAIE a supprimé la rente entière de l'assurée avec effet au 1er février 2007. En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision du 7 décembre 2006 confirmée.

E. 11

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 400.- (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction. En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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