

BVGer C-2926/2018 vom 29. September 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2926_2018

FR: TAF C-2926/2018 du 29 septembre 2020

IT: TAF C-2926/2018 del 29 settembre 2020

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d LTAF (RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA [RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA; art. 52 al. 1 PA). De plus, la recourante s'est acquittée de l'avance de frais de procédure présumés de 800 francs (AI pces 2 à 4). En conséquence, le TAF entre en matière sur le fond du recours.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

E. 2.2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 2.3

En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1; 140 V 22 consid. 4; notamment : arrêts du TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2; voir aussi Jérôme Candrian, Introduction à la procédure

administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°98 p. 67). A ce sujet, il est remarqué qu'aux termes de l'art. 40 al. 2 RAI (RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. En l'occurrence, la recourante ayant son domicile en France voisine et la rente d'invalidité qui a été accordée depuis le 1er avril 1992 remontant à l'époque où elle travaillait en Suisse en tant que frontalière (notamment : copie du permis de travail frontalier [AI pce 2 p. 1]; questionnaire à l'employeur du 1er février 1993 [AI pce 3 pp. 14 ss]), c'est à bon droit que la procédure de révision de la rente a été menée par l'Office AI cantonal. En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions. Ainsi, à juste titre, l'OAIE a rendu la décision contestée.

E. 3.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

E. 3.2

Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 11 avril 2018. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b).

E. 3.3

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante est ressortissante française et domiciliée en France et a été assurée en Suisse (notamment : AI pce 5 pp. 5 ss). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004

par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAIE a supprimé le droit à la demi-rente de la recourante à la fin du mois suivant la notification de la décision, soit au 31 mai 2018.

E. 5.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 6, 1ère phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, 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. Ainsi, sont couvertes seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase, LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

E. 5.2

Le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI. Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

E. 5.3

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. La personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une

rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 5.4

En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, en relation avec l'art. 85 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (cf. aussi consid. 7.1.4).

E. 6.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) - aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) - l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies, les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal 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) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Cela étant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2).

E. 6.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le tribunal (notamment : ATF 144 V 50 consid. 4.3; cf. aussi consid. 2.2). Il implique que tous les moyens de preuve doivent être examinés de manière objective quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8) et il sied de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

E. 6.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'évaluer les rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 6.3.1

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, LAI, Commentaire, 2018, art. 57 n° 33). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande de la personne assurée 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; arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 6.3.2

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 6.3.3

Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se baser uniquement ou principalement sur les prises de position du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI qui ne se fondent pas sur des examens effectués sur la personne de l'assurée (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose toutefois que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les

médecins (cf. arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent en principe pas constituer une évaluation finale et doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 6.4

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

E. 7

En l'occurrence, l'OAIE a fondé la décision contestée du 11 avril 2018 sur l'art. 53 al. 2 LPGA.

E. 7.1.1

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 466 consid. 2c et références; Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 54).

E. 7.1.2

Afin de juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (notamment : ATF 114 V 103 consid. 2.2; arrêt du TF 8C_57/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.1). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation initiale erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; arrêt du TF 8C_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1). Il y a constatation erronée des faits lorsque à l'encontre de la maxime inquisitoire (cf. consid. 6.1) l'appréciation des faits résulte de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF 140 V 77 consid. 3.1; notamment : arrêts du TF 9C_165/2020 du 15 juin 2020 consid. 4; 9C_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 5.1). Toutefois, pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (voir arrêt du TF 8C_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1). Ainsi, l'administration ne saurait procéder en tout temps - le cas échéant, après un examen plus approfondi des faits - simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable (cf. arrêts du TF 9C_165/2020 du 15 juin 2020 consid. 4; 9C_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 5.1). S'il subsiste des doutes

raisonnables sur le caractère erroné de la décision les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (notamment : arrêts du TF 8C_424/2019 cité consid. 5.1; 9C_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 3). 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 éléments, et que la décision (initiale) paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit déterminant à l'époque, une inexactitude manifeste ne saurait être admise (ATF 141 V 405 consid. 5.2; notamment : arrêts du TF 8C_424/2019 cité consid. 5.1; 9C_188/2020 du 26 mai 2020 consid. 2.1; 9C_525/2019 du 20 novembre 2019 consid. 4.1). De plus, pour pouvoir reconsidérer une décision, il ne suffit pas qu'un seul élément de droit ait été déterminé de manière erronée. Au contraire, l'octroi des prestations doit également s'avérer manifestement incorrect dans le résultat (ATF 140 V 77 E. 3.1 p. 79; arrêt du TF 9C-525/2019 du 20 novembre 2019 consid. 4.1).

E. 7.1.3

Il faut encore, pour qu'une décision puisse donner lieu à reconsidération, que la rectification de celle-ci revête une importance notable. Il convient alors de se fonder sur l'ensemble des circonstances du cas particulier (cf. Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 61). Selon la jurisprudence, la condition de l'importance notable est remplie lorsque des prestations périodiques sont en cause (ATF 119 V 475 consid. 1c; notamment : arrêts du TF 8C_57/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.1; I 308/03 du 22 septembre 2003 consid. 2.1).

E. 7.1.4

Enfin, lors de la reconsidération d'une décision, il est nécessaire d'établir une situation juridiquement conforme avec effet ex nunc et pro futuro (cf. art. 85 al. 2, art. 88bis RAI). Par conséquent, au moment de la décision de reconsidération, comme lors d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, le droit futur à la rente doit avoir été déterminé après établissement complet des faits pertinents (notamment : arrêts du TF 9C_188/2020 du 26 mai 2020 consid. 2.2; 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 2.2), selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. 6.4 ci-dessus).

E. 7.2.1

L'OAIE a expliqué que la décision du 27 avril 1994 a été reconsidérée. Or, le TAF constate que le courrier du 27 avril 1994 ne peut pas être qualifié de décision puisqu'il n'a ouvert que la procédure d'audition (cf. AI pce 3 pp. 8 s.) et n'a accordé aucun droit (voir par ailleurs art. 5 PA et art. 49 al. 1 et 3 LPGA; ATF 134 V 145 consid. 3.2). C'est la décision du 18 janvier 1995 qui a été reconsidérée ; par celle-ci, pour la première fois, la demi-rente a été accordée à l'assurée depuis le 1er avril 1992 (AI pce 5 pp. 5 à 7 et 9 s.). De plus, cette décision n'a pas été attaquée par la recourante devant la justice et est entrée en force de chose décidée. En conséquence, elle peut faire l'objet d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (consid. 7.1.1) pour autant que les autres conditions soient réunies. Il est encore précisé que les communications ultérieures suite aux cinq premières révisions de la rente n'ont que confirmé le maintien du droit à la demi-rente (AI pce 5 pp. 1 à 4, AI pces 9, 15, 16 et 25), sans examen approfondi des conditions du droit, et que, dès lors, elles ne sont pas déterminantes en l'occurrence (voir par analogie : ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références; arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références). Par conséquent, il sied d'examiner si la décision du 18 janvier 1995 était manifestement erronée. Cette décision portant sur le droit à une rente d'invalidité, sa rectification revête une importance notable (consid. 7.1.3).

E. 7.2.2

L'OAIE prétend que la décision par laquelle la demi-rente d'invalidité a été attribuée était manifestement erronée puisqu'elles se fondait à tort sur le rapport final du service de l'orientation professionnelle du 19 avril 1994 qui avait conclu à une capacité de travail résiduelle partielle sur la base des considérations subjectives de l'assurée alors que le rapport d'expertise médicale du 8 mars 1994 [...] avait conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Au regard de l'avis du SMR, cette appréciation médicale resterait toujours valable aujourd'hui. Pour les raisons ci-après, le Tribunal ne saurait suivre l'administration.

E. 7.2.3

Il est vrai que la décision initiale ne se fondait pas uniquement sur le rapport du 8 mars 1994 de l'expertise médicale [...] (AI pce 4 pp. 15 ss) où l'assurée a séjourné du 10 au 14 janvier 1994. Les experts, les Drs D._____, médecin généraliste, E._____, psychiatre, et F._____, médecin interniste, avaient posé comme diagnostics une bronchite chronique avec déficit en alpha-I-antitrypsine ainsi qu'une dysphonie hyperkinétique après ablation d'une leucoparakérose (p. 25). Les experts ont confirmé que l'assurée souffrait depuis 1991 des infections respiratoires récidivantes qui ont fait l'objet d'exams et traitements approfondis, qu'au moment de l'examen l'assurée présentait une nouvelle infection et qu'en raison de la dysphonie hyperkinétique il était peu probable qu'elle retrouvait une voix sonore (cf. pp. 19 et 25). Ils ont conclu que l'assurée ne pouvait plus poursuivre son ancienne activité de vendeuse puisque celle-ci nécessitait le contact oral régulier avec la clientèle (pp. 23 et 25). Par contre, dans une activité adaptée, comme magasinier, ouvrière ou dans un service de nettoyage, ils ont été d'avis que la capacité de travail de l'assurée était entière pour autant que l'infection actuelle était guérie (pp. 25 s.). La décision du 18 janvier 1995 se basait également sur le rapport final du 19 avril 1994 du service de l'orientation professionnelle qui en connaissance du rapport de l'expertise médicale avait proposé l'examen du droit à la rente (AI pce 1). A l'encontre de l'Office AI cantonal, le TAF remarque que cette manière de faire n'est pas contraire à la loi, puisque conformément à la jurisprudence (cf. consid. 6.1), l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé appartient à l'administration et, cas échéant au tribunal, bien que les évaluations médicales constituent à ce sujet un élément utile. En effet, la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Dans ce sens, le service de l'orientation professionnelle qui a été invité à déterminer les possibilités de la réinsertion professionnelle de l'assurée (AI pce 1) a tenu compte lors de l'évaluation de l'invalidité de celle-ci des considérations économiques, liées au marché du travail (équilibré). Dans un premier temps, il a transcrit dans son rapport les conclusions de l'expertise médicale [...]. A l'instar des experts, il a retenu que l'assurée ne pouvait plus travailler comme vendeuse et a fixé comme salaire sans invalidité le revenu que l'assurée pouvait gagner comme vendeuse, soit un salaire de 2'900 francs à 3'100 francs. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, il a tenu compte du salaire que l'assurée pouvait obtenir dans le service de nettoyage, de domicile et d'emballage que les experts médicaux ont indiquées comme activités adaptées (cf. calcul du 20 avril 1994 du taux d'invalidité [AI pce 2 p. 7]; voir aussi décision du 18 janvier 1995 [AI pce 5, notamment pp. 9 s.]). Il a, de plus, considéré qu'un travail à temps partiel était adapté puisque la capacité de l'assurée s'avérait réduite durant l'année au regard des nombreuses infections qu'elle développait notamment en hiver et lesquelles la rendait totalement incapable de travailler. Certes, sur ce point, le service de l'orientation professionnelle n'a

pas suivi les conclusions des experts [...]. Cela étant, contrairement à ce que prétend l'Office AI cantonal, cette évaluation ne se fondait pas exclusivement sur les assertions de l'assurée. En effet, il ressortait du dossier médical que l'assurée présentait en raison de la bronchite chronique avérée des nombreuses surinfections bronchiques en périodes automne-hivernales qui nécessitait des arrêts de travail fréquents (cf. rapport du [date précise illisible] 1992 de la Dresse G. _____, pneumologue et allergologue). Les experts ont également relevé que l'assurée restait sujette à des infections, qu'elle consultait au moins une fois par mois sa pneumologue et le Dr H. _____, ORL (cf. AI pce 4 p. 14I), et que l'infection qu'elle présentait lors de leur examen la rendait complètement incapable de travailler (AI pce 4 pp. 19 et 26). Dès lors, le TAF estime qu'il n'était pas insoutenable, au regard de la jurisprudence (cf. consid. 7.1.2), de tenir compte de ces incapacités de travail dans l'évaluation de l'invalidité de l'assurée compte tenu du marché de travail où elle devait exploiter sa capacité de travail résiduelle. En outre, le service de l'orientation professionnelle a encore considéré qu'en raison de la voix de l'assurée pour laquelle les experts ont attesté qu'elle ne pouvait plus travailler dans la vente, sa capacité de placement était limitée. Ayant en outre relevé que l'assurée souhaitait travailler et que ceci était crédible - en effet, les experts ont également observé que l'assurée ne faisait pas part d'aggravations ou d'un comportement démonstratif (cf. AI pce 4 p. 24) - le service de l'orientation professionnelle a déterminé que le salaire avec invalidité était réduit et s'élevait de 1'300 à 1'700 francs (AI pce 2 p. 4). Dans le calcul du taux d'invalidité, les moyennes des salaires sans et avec invalidité fixés, soit 3'000 francs pour le salaire sans invalidité $([2'900 + 3'100] : 2)$ et 1'500 francs pour le salaire avec invalidité $([1'300 + 1'700] : 2)$, ont ensuite été retenues (AI pce 2 p. 7 et pce 5 pp. 9 s.). Contrairement à ce que semble prétendre l'Office cantonal, le taux d'invalidité de l'assurée avait dès lors été déterminé compte tenu des activités adaptées à l'état de santé de l'assurée dans le service de nettoyage, de domicile et d'emballage ; l'invalidité de l'assurée n'était pas considérée comme équivalente à son incapacité de travail. Le Tribunal constate au regard de ce qui précède que l'évaluation du service de l'orientation professionnelle était pondérée compte tenu du dossier médical entier et du marché du travail et qu'elle était dûment motivée. Elle s'inscrit par ailleurs dans l'application de la loi à l'époque. L'Office cantonal pouvait donc s'y baser en rendant la décision 18 janvier 1995 ; celle-ci se fondait du reste également sur la décision présidentielle du 17 mai 1994 (AI pce 5 p. 11) et la décision du secrétariat du 25 avril 1994 (AI pce 3 p. 6). Enfin, l'autorité inférieure ne peut rien déduire de l'avis du 2 février 2018 du médecin SMR (AI pce 40 pp. 3 ss) qui ne se détermine pas sur les considérations fouillées du service de l'orientation professionnelle. Au demeurant, ce médecin ne saurait se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision du 18 janvier 1995 qui est une question de droit.

E. 7.2.4

En conclusion, eu égard à tout ce qui précède, le TAF estime que même si en l'occurrence, compte tenu de la divergence entre le rapport de l'expertise médicale et le rapport du service de l'orientation professionnelle, l'instruction aurait pu être complétée à l'époque par exemple par un avis du médecin de l'Office AI, il n'y a pas lieu de considérer, compte tenu des éléments à disposition, que l'office AI avait statué le 18 janvier 1995 sur la base d'un dossier manifestement insuffisant ou lacunaire ou a fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation ; l'octroi de la demi-rente ne s'avère pas manifestement incorrect dans son résultat (cf. consid. 7.1.2).

E. 7.3.1

Le TAF tient encore à remarquer que même s'il avait pu admettre que la décision du 18 janvier 1995 était manifestement erronée, il n'aurait tout de même pas pu confirmer la décision attaquée du 11 avril 2018 puisque l'Office cantonal a omis d'instruire le dossier d'une manière suffisante afin de pouvoir se déterminer valablement sur le droit futur de la recourante à une rente d'invalidité (cf. consid. 7.1.4).

E. 7.3.2

Ainsi, sur le plan médical - la recourante le critique à juste titre - l'Office cantonal n'a pas établi son état de santé actuel d'une façon complète. Concrètement, l'Office ne saurait se baser sur le rapport d'expertise du 19 avril 1994 qui ne peut contenir d'informations sur la situation actuelle. Plus encore, l'Office ne pouvait pas non plus se fonder uniquement sur les avis médicaux des 23 février et 27 septembre 2017 du Dr B. _____ qui est médecin généraliste (AI pces 31 et 36) alors que l'assurée souffre notamment d'une bronchite chronique et que la rente a également été octroyée en raison d'une dysphonie hyperkinétique. La consultation des avis des médecins spécialisés aurait été indiquée. En outre, les rapports du Dr B. _____ sont trop succincts. Dès lors, l'Office ne saurait rien déduire du fait que ce médecin a attesté le 27 septembre 2017 (AI pce 36) un état stable depuis plus de 10 ans ; du reste, cet état donne droit à une demi-rente depuis 1992. Dans son rapport du 23 février 2017 (AI pce 31), le médecin de famille a d'ailleurs fait état d'une aggravation et d'une incapacité de travail temporaire en raison d'une décompensation de la bronchite chronique obstructive. De surcroît, le TAF remarque que si le médecin traitant a indiqué dans son rapport du 27 septembre 2017 (AI pce 36) que l'assurée travaillait sans restrictions (AI pce 36 p. 5) et qu'à sa connaissance elle travaillait à 100% (p. 6), ces indications, la dernière formulée sous une forme conditionnelle, pouvaient se rapporter au travail partiel que l'assurée effectuait depuis 2011 à 50% en tant qu'aide à domicile (cf. questionnaire à l'assurée du 31 décembre 2016 [AI pce 28]). En particulier, elles n'attestent pas à elles seules une capacité de travail entière à plein temps compte tenu du degré de la vraisemblance prépondérante nécessaire (cf. consid. 6.4). Par ailleurs, aucuns des rapports ne se prononce sur la fréquence des incapacités de travail temporaires que l'assurée présente en raison de sa BPCO et qui ont donné droit à une demi-rente dès 1992. Enfin, à tort, l'Office AI n'a pas demandé des informations de la part de l'employeur de l'assurée. Dans cette situation, l'avis du 2 février 2018 du médecin SMR (AI pce 40 pp. 3 ss), se basant sur un dossier médical lacunaire, n'a pas non plus de valeur probante (cf. consid. 6.3.3).

E. 7.3.3

Sur le volet économique, il est rappelé qu'avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle que la personne assurée présente sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, par une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression du droit à la rente, par reconsidération (art. 53 al. 2 LPG) ou révision (art. 17 al. 1 LPG), concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Cela ne

signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf cas exceptionnels, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (notamment : arrêts du TF 8C_235/2019 u 20 janvier 2020 consid. 3.2.1; 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.2; 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4, 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4). En l'occurrence, l'assurée bénéficiait au moment de la décision litigieuse du 11 avril 2018 et de la suppression de rente au 1er juin 2018 (cf. ATF 141 V 4 consid. 4.2.1) d'une rente d'invalidité depuis plus de 26 ans (cf. ATF 139 V 442 consid. 3 et 4; AI pce 5 pp. 5 à 7). Elle fait donc partie de la catégorie des assurés pour laquelle il faut en principe mettre préalablement en place des mesures d'ordre professionnel faute de quoi ils ne réussissent pas à se réintégrer entièrement sur le marché du travail malgré une capacité de travail améliorée. A tort, l'Office cantonal n'a pas examiné ce point et ne s'est pas prononcé à ce sujet.

E. 7.4

En définitive, le TAF ne peut pas confirmer la suppression de la rente d'invalidité en raison d'une reconsidération de la décision du 18 janvier 1995.

E. 8

Il sied encore d'examiner si la suppression de la rente pourrait être confirmée, par substitution de motif, pour un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

E. 8.1

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 134 V 131 consid. 3; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1; Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 11 ss). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références; Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 11).

E. 8.2

Dans le cas concret, au regard du dossier constitué, le TAF ne peut pas retenir la présence d'un motif de révision sur le plan médical et/ou économique dans la mesure où le médecin traitant a principalement fait état d'une situation stable (AI pces 31 et 36) et que l'assurée indique qu'elle exerce une activité professionnelle à 50% (AI pce 28; voir consid. 7.3.2). De plus, l'Office cantonal n'a pas déterminé si l'assurée qui touche une rente d'invalidité depuis plus de 26 ans saurait exploiter une meilleure capacité de travail résiduelle sur le marché du travail sans mise en place préalable des mesures d'ordre professionnel (cf. consid. 7.3.3).

E. 8.3

En conclusion, en l'état du dossier, le TAF ne peut pas non plus confirmer la suppression de la rente de la recourante pour un motif de révision.

E. 9

En conclusion, le recours est admis et la décision attaquée du 11 avril 2018 annulée. L'assurée a droit à une demi-rente au-delà du 31 mai 2018. Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il détermine le montant des rentes à verser. Il rendra à ce sujet une décision.

E. 10.1

Au regard de l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA). L'avance de frais de 800 francs, versée par la recourante (TAF pces 2 à 4), lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 10.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF (RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le TAF fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en considérant l'importance et la difficulté du litige, ainsi que le travail et le temps que le représentant de la recourante a dû y consacrer. En l'espèce, le Tribunal considère que la recourante est représentée par un mandataire qui n'exerce pas la profession d'avocat, que les frais de représentation ont été faibles puisque le mémoire de recours contient trois pages (TAF pce 1) et la réplique une page (TAF pce 10) et que le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens a représenté la recourante déjà devant l'autorité inférieure (cf. faits, let. B) et connaissait donc le dossier. De surcroît, la cause ne présentait pas une complexité particulière et le dossier n'était pas volumineux. Enfin, il sied de remarquer que la procédure était soumise à la maxime inquisitoire (cf. consid. 2.2). En conséquence, il convient d'allouer à la recourante, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à 500 francs (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF). Le dispositif se trouve à la page suivante.

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