

BVGer C-5485/2008 vom 15. September 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5485_2008

FR: TAF C-5485/2008 du 15 septembre 2010

IT: TAF C-5485/2008 del 15 settembre 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 et LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi, respectivement la révision, de rente d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la cette loi dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), 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 la décision 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.

E. 1.4

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

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz/Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

E. 3

La recourante est de nationalité turque. Aussi la Convention du 1er mai 1969 de sécurité sociale entre la Suisse et la République de Turquie (RS 0.831.109.763.1; ci-après: la Convention) s'applique-t-elle en l'espèce. En réalisation de l'art. 2 § 1 de la Convention, qui s'applique en Suisse notamment à la législation sur l'assurance-invalidité (art. 1 § 1 tit. B let. b de la convention), les ressortissants de l'un des États contractants sont - sauf indication contraire - soumis aux obligations et admis au bénéfice de la législation de l'autre État dans les mêmes conditions que les ressortissants de ce dernier État. Dans la mesure où ni la Convention, ni l'Arrangement administratif du 14 janvier 1970 concernant les modalités d'application de la Convention (RS 0.831.109.763.11), ne prévoient d'autres dispositions contraires relevantes, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions régissant le droit à une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse uniquement.

E. 4

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales 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 (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts mentionnés). L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant 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 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 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur au 1er janvier 2008, sauf mention contraire.

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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% 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. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux

assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

E. 6.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

E. 6.2

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 6.3

Le juge des assurances sociales 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 352 consid. 3a et les références).

E. 7

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). 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, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 8.1

Selon l'art. 17 LPGA 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.

E. 8.2

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 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). 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 (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ou de l'actuel art. 17 LPGa) doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invaliden-rentenrevisionen*, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1999, p. 15).

E. 8.3

L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) 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. 9.1

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit qui constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 133 V 108 consid. 5.4 e 130 V 71 consid. 3.2.3).

E. 9.2

En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er décembre 1994 ensuite de la décision de l'OAI-FR du 20 janvier 1998. Le Tribunal administratif fédéral constate que la procédure de révision entamée par l'OAI-FR n'a pas abouti avant que le dossier ne soit transféré pour raison de compétence à l'OAIE. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit donc être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 20 janvier 1998 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 23 juin 2008. En effet, il appartient au Tribunal de céans d'examiner le bien-fondé de la décision attaquée, en général, en fonction de l'état de fait existant au moment où la décision a été prise (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1). Il convient encore de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Exceptionnellement, un tribunal des assurances sociales peut - pour des raisons d'économie de procédure - aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

E. 10.1

Le droit à une rente entière de l'assurance invalidité avait été octroyé à ... pour les suites de l'accident de la circulation dont elle avait été victime en décembre 1993, marquées par un syndrome douloureux somatoforme persistant développé dans un contexte de personnalité hystrionique. Sur le plan psychique, l'état de l'assurée avait été jugé incompatible avec une démarche tendant à favoriser son retour dans la vie active et était compliqué par l'intervention de facteurs propres à la personnalité de l'intéressée. En ce qui concerne le volet somatique, ... a surtout développé des plaintes de douleurs chroniques et de mobilité réduite de la hanche droite, nécessitant le recours à une canne anglaise pour la marche.

E. 10.2

Au cours de la procédure de révision qu'il a entamé en 1999, l'OAI-FR a été amené à ordonner la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès du COMAI, constituée d'un volet général, d'un volet psychiatrique (pce OAIE 183.1), d'un volet orthopédique (pce OAIE 183) et d'une appréciation synthétique datée du 6 janvier 2003 (pce OAIE 186). L'évaluation psychiatrique a mis en évidence une dysphorie, une résignation face à l'idée de ne plus pouvoir avoir d'enfants en raison des séquelles de l'accident de 1993, un trouble somatoforme douloureux chronique en l'absence de troubles de la personnalité hystrionique. A l'exception dudit trouble somatoforme, aucun symptôme de maladie psychiatrique n'était mis en lumière. Le Dr E. _____ a admis en conclusion que, du point de vue psychiatrique, une activité physique légère, avec la possibilité de changer de position corporelle à l'envie, était envisageable pour l'assurée, ceci nonobstant son incapacité, par un acte de volonté, de surmonter le trouble somatoforme, l'état de tristesse et la résignation. D'un point de vue orthopédique, le Dr F. _____ a observé l'absence d'explication pour les plaintes douloureuses et une symétrie musculaire des cuisses et mollets gauche et droite, évaluant la capacité de travail à 80% pour une activité légère en position assise et à 60% pour de travaux moyennement lourds, avec la possibilité de diversifier les positions. Ce praticien a notamment relevé des signes de nonorganicité des douleurs qui ne suivaient pas un schéma de localisation, d'irradiation et de manifestation habituel pour le type de traumatisme que

l'assurée avait subi. Finalement, les experts ont conclu pour une incapacité totale dans l'exercice de l'activité habituelle en raison des douleurs à la station debout et une capacité 50% avec un rendement de 50% au début, pour atteindre une capacité de travail de 50% dans des activités de substitution appropriées après une période de réadaptation professionnelle d'environ neuf mois à une année. Suite à une demande d'information complémentaire de l'OAI-FR, le Dr E._____ a revu ... en consultation le 17 juin 2003. Dans son rapport (pce OAIE 207), l'expert a noté une amélioration de l'état de santé psychique de l'intéressée, le trouble somatoforme douloureux persistant pouvant être considéré uniquement comme étant léger. Selon le rapport de complément de l'expertise médicale du 12 novembre 2003 (pce OAIE 209), cette amélioration justifiait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec un rendement de 70%. Après transmission du dossier à l'OAIE pour raison de compétence, cette autorité a ordonné, sur avis de son médecin-conseil, la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès du MEDAS. Il est ressorti des conclusions du rapport final établi par les Drs E._____, G._____ et Tribastone le 19 novembre 2007 (pce OAIE 237) que, sur un plan orthopédique, la situation était inchangée avec une légère limitation de la mobilité, préconisant une capacité de travail dans une activité légère et assise de 80%. L'amélioration de l'état psychique constatée en 2003 par rapport à la situation prévalant en 1994, a été confirmée et la situation a ultérieurement évolué d'une manière favorable. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique, même léger, ne pouvant plus être posé, seule la présence d'une dysthymie pouvait être constatée. Dans l'ensemble, les médecins rapporteurs ont maintenu une incapacité totale dans l'ancienne activité, en raison des douleurs, et une capacité diminuée de 20% dans des activités de substitution adaptées aux limitations fonctionnelles, dès le 17 juin 2003. Dans ses prises de positions médicales successives (pces OAIE 240, 247 et 252), la Drsse F._____ du Service médical de l'OAIE s'est ralliée à l'avis exprimé par les médecins du COMAI et du MEDAS, relevant notamment qu'on avait pu constater que l'assurée était capable de garder la position assise pendant au moins deux heures lors des évaluations médicales, que sa consommation d'antalgiques était faible (500mg deux à trois fois par jour), que les examens psychiatriques effectués étaient exhaustifs et multiples et qu'on ne pouvait pas affirmer, après une étude sérieuse du dossier, que l'atteinte à son équilibre psychique après l'accident n'avait jamais été sérieusement prise en compte.

E. 10.3

Le Tribunal fédéral s'est exprimé sur les conditions auxquelles des troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant (ATF 130 V 352, arrêt du Tribunal fédéral I 515/03 en la cause F. du 15 septembre 2004 consid. 3.3.1 et 3.3.2 et les références citées). Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi l'égalité de traitement entre les assurés serait enfreinte. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une comorbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une

condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus être raisonnablement exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; Pirrotta IN: RSAS 2005 p. 525). Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 50, 130 V 354; Pirrotta in: RSAS 2005 p. 525s.). Tel est le cas, premièrement, des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, deuxièmement, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, troisièmement, d'un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou, quatrièmement, de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intense douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

E. 10.4

En l'occurrence, le Tribunal administratif fédéral constate qu'il n'y pas de raison de mettre en doute l'appréciation médicale exposée par la Drsse F. _____, laquelle a été établie de manière détaillée, se fonde sur des avis d'experts et sur l'étude complète du dossier et est en corrélation avec l'ensemble des pièces médicales à disposition. Du reste, les pièces marquantes du dossier, c'est-à-dire les différents rapports d'expertise, remplissent-elles toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être accordée et il n'y a aucune raison de s'écarter des informations convaincantes qui y sont contenues. Dans ce contexte, les simples allégations de la recourante ne sauraient infirmer l'appréciation des experts, dès lors qu'il n'y est pas fait mention d'éléments médicaux n'ayant pas été pris en compte dans le cadre de l'établissement de ces rapports. De plus, contrairement à ce que soulève la recourante, à la lecture de ces rapports, il apparaît que les plaintes de l'intéressée ont été prises en considération et qu'elles n'ont pas été simplement écartées au motif que les médecins ne pouvaient se les expliquer. En effet, le Tribunal de céans doit observer qu'à l'heure de la décision entreprise, la diminution de la

capacité de travail de 20% dans des activités de substitution, prônée par les experts et le médecin de l'OAIE, était fondée sur les seules douleurs ressenties par l'assurée, à l'exclusion de toute autre atteinte à la santé. C'est donc en compréhension d'une anamnèse complète et convaincante que l'OAIE a retenu dans sa décision du 23 juin 2008 la possibilité pour la recourante d'exercer une activité adaptée à 80% depuis le 17 juin 2003. En conclusion, le Tribunal de céans ne peut dès lors que confirmer l'appréciation de l'OAIE, selon laquelle il n'existe plus d'atteinte pleinement invalidante et que l'on peut exiger de l'assurée qu'elle exerce des travaux adaptés aux limitations fonctionnelles qui sont les siennes. Au demeurant, il convient ici de relever que les critiques formulées par Me Pierre Mauron selon lesquelles l'OAIE aurait, dans un premier temps, dans son projet de décision, retenu une capacité de travail de 60% dans des activités de substitution adaptées, avant d'avancer, dans un second temps, que l'assurée pouvait effectuer ses travaux à 80%, sont sans fondement aucun. En effet, lorsque l'OAIE a mentionné « 60% » dans son projet de décision, il ne faisait nullement référence à la capacité de travail, mais au fait que la capacité de gain résiduelle qui en résultait dépassait ce pourcentage (« Dabei könnte mehr als 60% des Erwerbseinkommens erzielt werden... »).

E. 11

L'invalidité - dont il convient de rappeler qu'il s'agit d'une notion économique et non pas médicale - est évaluée en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement réalisé au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). A ce titre, il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, le Tribunal fédéral admet pour le calcul de l'invalidité le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'un assuré a réalisé un revenu sans invalidité nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désirait pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu sans invalidité effectivement réalisé ou en le remplaçant par les données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Est à considérer comme nettement inférieur au sens de cette jurisprudence, un salaire effectivement réalisé qui est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Si une différence au moins aussi grande devait apparaître, le parallélisme ne peut porter que sur la part qui dépasse le taux minimal de 5% (loc. cit. consid. 6.1.3).

E. 11.1

En l'espèce, la recourante a cessé son activité en 1993 à cause d'un accident et n'a plus repris d'activité lucrative. Pour définir le salaire avant invalidité, il faut se référer aux revenus concrètement perçus par l'intéressée indexés jusqu'à 2008, à savoir au jour de la décision attaquée. Conformément à la jurisprudence mentionnée, pour définir le salaire avant invalidité, il est possible de se référer aux données statistiques seulement si le salaire réel n'est pas disponible. Il ressort du questionnaire à l'employeur que la recourante aurait perçu

en 1995 un salaire annuel de Fr. 32'760.-, soit Fr. 2730.- par mois. Indexé à 2008 (Fr. 32'760.- x 2499 / 2087; cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels de l'Office fédéral de la statistique, 2008 [OFS]), le revenu annuel sans invalidité s'établit à Fr. 39'227.23 (treizième salaire compris), soit Fr. 3'269.- par mois. En se référant au Tableau TA1 relatif aux salaires bruts standardisés de l'ESS 2008 de l'Office fédéral de la statistique, valeur dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration et des services personnels, domaines les plus proches de celui dans lequel travaillait l'assurée, pour une femme sans connaissances professionnelles spécialisées particulières (niveau de qualification 4), on retient un revenu statistique mensuel moyen de Fr. 3'647.- respectivement de Fr. 3'465.-. Après adaptation au nombre d'heures de travail hebdomadaires effectuées en 2008 en moyenne dans ces secteurs, à savoir 42.0 heures respectivement 41.8 heures (La Vie économique 7/8 2010, B 9.2), par rapport aux 40 heures standardisées de l'ESS, on obtient un revenu sans invalidité de Fr. 3'829.- respectivement Fr. 3'621.-. Il apparaît donc qu'en l'espèce, la recourante réaliserait en exerçant son activité habituelle un revenu inférieur de 15%, respectivement de 10%, par rapport au salaire usuel dans les branches considérées. Il convient donc, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, d'effectuer un parallélisme des revenus à comparer. La valeur statistique du revenu d'invalidité sera donc réduite de 10%, pourcentage plus avantageux pour la recourante.

E. 11.2

Les activités de substitution proposées par la Drsse F._____, exigibles à 80%, sont des activités légères comparables à des activités simples et répétitives, de niveau de qualification 4 selon le Tableau TA1 de l'ESS, dans le secteur privé en général (revenu mensuel selon l'ESS 2008: Fr. 4'116.-). En raison de l'adaptation au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en moyenne en 2008 dans le secteur privé en général (41.6 h/sem.; La Vie économique 7/8-201008, B 9.2), ce revenu doit être porté à Fr. 4'281.- ce qui correspond pour une activité à 80% à Fr. 3'424.50. En raison du parallélisme des revenus, ce montant doit être réduit de 10%, de sorte que le salaire mensuel d'invalidité s'établit à Fr. 3'082.-. Selon les circonstances du cas, il peut se justifier d'opérer un abaissement supplémentaire du salaire d'invalidité d'un maximum de 25% (ATF 126 V 728 consid. 5). Dans la décision entreprise, l'OAIE a renoncé à un tel abattement, se figurant que les circonstances personnelles et professionnelles du cas ne l'imposait pas. Bien que le Tribunal de céans se doive de faire preuve d'une certaine retenue dans l'examen d'une pareille réduction, celle-ci relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration, il observe néanmoins qu'en l'espèce un rabatement de 10% apparaît comme adéquat. En effet, bien que la recourante soit encore relativement jeune et ne présente pas de limitation fonctionnelle lourde eu égard aux activités envisagées, il ne faut pas perdre de vue qu'elle ne peut les exercer qu'à temps partiel, qu'elle ne dispose d'aucune compétence ou formation professionnelle, hors des arts ménagers, et qu'elle n'a exercé aucune activité depuis 1993. Le salaire d'invalidité théorique dans les activités de substitution proposées par la Drsse F._____, s'établit donc à Fr. 2'774.--.

E. 11.2.1

La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 3'269.- au revenu d'invalidité de Fr. 2'774.- fait apparaître un préjudice économique de 15%. La recourante subit donc une perte de gain de 15%, son taux d'invalidité n'atteint donc pas les 40% nécessaires pour maintenir le droit à une rente, ne serait-elle que partielle.

E. 11.3

Dans ce cadre, il est utile de relever que, selon un principe générale valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 123 V 96 consid. 4 c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a; Ulrich Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse, Berne 1985, p. 131). De même, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, en particulier un marché de l'emploi local restreint, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Ces circonstances, bien que pouvant compromettre la reprise d'une activité, ne peuvent être prises en considération dans l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI (VSI) 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b).

E. 11.4

La modification relevante du degré d'invalidité, au sens de l'art. 17 LPGA, s'étant vérifiée dès le 17 juin 2003 et la modification pouvant être considérée comme durable au sens de l'art. 88a al. 1 RAI, et vu qu'aucun fait médical nouveau étayé, mettant en évidence une aggravation relevante de l'état de santé de la recourante, n'a été avancé jusqu'à la date de la décision attaquée, c'est à juste titre que l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité dès le 1er août 2008. Le recours est par conséquent rejeté et la décision du 23 juin 2008 confirmée.

E. 12

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI et art. 63 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais dont il s'est acquitté au cours de l'instruction. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 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.