

BVGer C-6480/2012 vom 3. April 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6480_2012

FR: TAF C-6480/2012 du 3 avril 2014

IT: TAF C-6480/2012 del 3 aprile 2014

Regeste

Révision de la rente

Volltext

Bundesverwaltungsgericht Tribunal administratif fédéral Tribunale amministrativo federale Tribunal administrativo federal Cour III C-6480/2012 Arrêt du 3 avril 2014 Composition Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique, Nicole Ricklin, greffière. Parties A._____, représentée par Maître David Rosa, recourante, contre Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger OAIE, Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100, 1211 Genève 2, autorité inférieure . Objet Assurance-invalidité (décision du 8 novembre 2012). Faits : A. A._____, ressortissante suisse née le (...) 1969, a quitté le Portugal à l'adolescence pour venir s'installer en Suisse avec ses parents. Elle a travaillé en Suisse pendant de nombreuses années, en dernier lieu dans une fabrique de montres jusqu'en 2001, et a cotisé à l'assurance AVS/AI suisse. En 2010, elle est retournée s'installer au Portugal et a donné naissance à une fille le (...) janvier 2011. B. Le 4 octobre 2002 (AI pce 5), l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Neuchâtel (OAI-NE). Par prononcé du 12 juin 2003 (AI pce 11), l'OAI-NE a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1er novembre 2002 parce qu'elle présentait une incapacité de travail totale au vu de son état de santé psychiatrique, en particulier d'un trouble dépressif sévère. Lors d'une révision de rente en 2007, l'OAI-NE a confirmé la rente entière d'invalidité par communication du 16 juillet 2007 (AI pce 11) et versé la rente jusqu'en avril 2010. Suite au retour de l'assurée au Portugal, l'OAI-NE a transféré le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE). C. En été 2011, l'OAIE a procédé à une révision de la rente. Dans le formulaire E213 rempli le 17 juin 2011, le médecin de la Sécurité sociale portugaise a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent sans réponse au traitement thérapeutique et avec idées de suicide (AI pce 33). Le Dr B._____ dans son rapport du 26 juillet 2011 (AI pce 34) et le Dr C._____ dans son rapport du 27 septembre 2011 (AI pce 35) mentionnent également un trouble dépressif récurrent (AI pce 34). Dans sa prise de position du 12 février 2012, le Dr D._____ a considéré qu'une expertise psychiatrique en Suisse s'imposait (AI pce 41). Le 22 mai 2012, l'assurée s'est soumise à une expertise effectuée sur mandat de l'OAIE auprès du Dr E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle est venue à l'expertise avec sa fille qu'elle allaitait encore. Avant sa venue en Suisse, l'assurée a déclaré ne pas avoir besoin de traducteur pour l'expertise (AI pce 50), mais après celle-ci, elle s'est plaint de ne pas avoir compris toutes les questions (AI pce 55) et d'avoir dû répondre à des questions sur sa vie privée et intime et non sur son état de santé (AI pce 57). Selon le rapport d'expertise du 7 juin 2012 du Dr E._____ (AI pce 58), l'assurée présente un état dépressif majeur de gravité sub-clinique à légère ainsi qu'une personnalité immature à traits limites non décompensée. Selon l'expert,

la capacité de travail est totale depuis début 2012. Dans sa prise de position du 8 juillet 2012, le Dr D. _____ de l'OAIE a considéré qu'il fallait se rallier aux conclusions du Dr E. _____ et que l'assurée présentait une capacité totale de travail depuis début 2012 (AI pce 61). D. Par projet de décision du 24 juillet 2012, l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait supprimer la rente entière d'invalidité parce que son état de santé s'était amélioré et qu'elle ne présentait plus d'invalidité (AI pce 62). Le 25 septembre 2012 (AI pce 66), l'assurée a produit un rapport du 18 septembre 2012 du Dr C. _____ (AI pce 65). Dans sa prise de position du 13 octobre 2012, la Dresse F. _____ a considéré que le Dr C. _____ évaluait la même situation d'une façon différente du Dr E. _____ et que l'expertise du Dr E. _____ restait valable (AI pce 68). Par décision du 8 novembre 2012, l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2013 parce que l'état de santé s'était nettement amélioré et que l'assurée ne présentait plus d'invalidité (AI pce 71). E. Le 13 décembre 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Elle a argué que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle était en traitement psychiatrique au Portugal, concluant principalement à l'annulation de la décision entreprise ainsi qu'au maintien de sa rente d'invalidité. Elle a demandé la restitution de l'effet suspensif ainsi qu'un délai supplémentaire pour compléter son recours. De plus, elle a demandé l'assistance judiciaire. F. Par décision incidente du 19 décembre 2012, le Tribunal fédéral administratif a rejeté la demande de délai supplémentaire pour compléter le recours (TAF pce 2). G. Dans sa prise de position du 15 janvier 2013 (TAF pce 5), l'OAIE a argué qu'il fallait rejeter la demande de restitution de l'effet suspensif car l'intérêt de l'administration à ne pas devoir réclamer la restitution de rentes versées à tort était prépondérant et que le dossier ne contenait aucun indice permettant d'admettre que la décision était de toute évidence mal fondée. H. Par décision incidente du 23 janvier 2013, le Tribunal fédéral administratif a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif (TAF pce 6). I. Le 22 février 2013, l'assurée a retourné le formulaire de demande d'assistance judiciaire partiellement rempli et non signé. Elle a joint au formulaire des factures d'électricité ainsi que de téléphone et TV (TAF pce 10). Par ordonnance du 1er mars 2013, le Tribunal administratif fédéral a fixé à la recourante un délai au 18 avril 2013 pour retourner le formulaire d'assistance judiciaire dûment rempli et signé avec toutes les pièces justificatives nécessaires (TAF pce 11). Le 4 avril 2013, l'assurée a retourné le formulaire de demande d'assistance judiciaire et joint les pièces justificatives nécessaires (TAF pce 12). Elle a rappelé qu'elle avait un enfant de deux ans à charge. Par décision incidente du 12 avril 2013, le Tribunal administratif fédéral a admis la demande d'assistance judiciaire (TAF pce 13). J. Dans sa réponse au recours du 11 juin 2013 (TAF pce 16), l'OAIE en a proposé le rejet et la confirmation de la décision attaquée. Il a argué que l'expertise du Dr E. _____ répondait aux exigences posées par la jurisprudence en matière d'expertise, que l'état de santé psychiatrique de l'assurée s'était nettement amélioré et qu'elle était désormais apte à exercer une activité à plein temps comme ouvrière ou vendeuse de billets depuis le début de l'année 2012. K. Dans sa réplique du 11 septembre 2013 (TAF pce 18), la recourante a argué que le Dr E. _____ avait surtout analysé sa vie privée intime et familiale, qu'il était le seul médecin à estimer que l'état de santé et la capacité de travail s'étaient améliorés et que l'OAIE avait retenu à tort l'avis du Dr E. _____, les conditions pour une révision de rente ou une reconsidération n'étant pas remplies. La recourante a réitéré les conclusions de son recours et joint à sa réplique un rapport du 15 juillet 2013 du Dr G. _____ qui pose les diagnostics de trouble de stress post-traumatique (F43.1) ainsi que de trouble dépressif récurrent (F33.2) et conclut

à une incapacité totale de travail. L. Dans sa duplique du 31 octobre 2013 (TAF pce 22), l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 21 octobre 2013 de la Dresse H._____, experte en psychiatrie et psychothérapie du service médical de l'OAIE, selon laquelle le rapport du 15 juillet 2013 du Dr G._____ ne permettait pas de retenir un trouble de stress post-traumatique parce que ce diagnostic n'était pas étayé de manière suffisante et la relecture intégrale de la documentation médicale montrait qu'une certaine stabilisation de l'état de santé était déjà présente dans le rapport du Dr I._____ de 2007 et que cette amorce d'amélioration avait été confirmée plus clairement par l'expertise du Dr E._____.

M. Le 13 novembre 2013, la recourante a réitéré ses conclusions et demandé qu'éventuellement une contre-expertise médicale soit ordonnée (TAF pce 24). Le 30 janvier 2014, le représentant de la recourante a produit sa note d'honoraire d'un montant de CHF 6'439.64 et s'est renseigné sur l'état de la procédure (TAF pce 26).

Droit : 1. 1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 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 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations 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). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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.

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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.4 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2. L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement 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 dès le 1er janvier 2012, sauf mention contraire, puisque les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En ce qui concerne les faits déterminant selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

3. 3.1 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).

3.2 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).

4. 4.1 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4.2 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).

4.3 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).

4.4 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 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant 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 précité consid. 3b/dd et les références citées). 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 (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - 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).

5. 5.1 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.

5.2 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (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 du deuxième mois qui suit la date de la notification.

5.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 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 Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

5.4 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. Le Tribunal fédéral a précisé que 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 constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4). 6. En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er novembre 2002 par prononcé du 12 juin 2003 de l'OAI-NE (AI pce 11). Lors de la première procédure de révision de rente en 2007, l'OAI-NE a confirmé la rente entière sur les indications de l'assuré et n'a pas procédé à un examen matériel approfondi de l'état de santé (AI pce 11). La question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 12 juin 2003 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 8 novembre 2012. 7. Alors que l'OAI-NE base la suppression de la rente entière à partir du 1er janvier 2013 sur une amélioration de l'état de santé depuis début 2012, la recourante argue que son état de santé est resté le même et qu'elle n'est pas en état d'exercer une activité lucrative. 7.1 Selon le rapport d'expertise du 7 juin 2012 du Dr E. _____ (AI pce 58), l'assurée présente un état dépressif majeur de gravité sub-clinique à légère ainsi qu'une personnalité immature à traits limites non décompensée. Selon cet expert, la capacité de travail est totale depuis début 2012. Le Dr G. _____, quant à lui, pose dans son rapport du 15 juillet 2013 les diagnostics de trouble de stress post-traumatique (F43.1) ainsi que de trouble dépressif récurrent (F33.2) et conclut à une incapacité totale de travail. 7.2 Le Tribunal de céans constate que seul le Dr G. _____ pose le diagnostic de trouble de stress post-traumatique sans indiquer quel événement dans la vie de l'assurée aurait pu provoquer ce trouble. Ce diagnostic ne peut donc être retenu. Tous les médecins qui se sont prononcés sur ce cas, y compris le Dr G. _____, ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Seule diverge leur estimation de la gravité de ce trouble et de son influence sur la capacité de travail. Le Tribunal retient uniquement le diagnostic de trouble dépressif récurrent et constate que l'état de santé psychique de l'assurée s'est nettement amélioré depuis l'octroi de la rente en 2003. Comme l'a relevé la Dresse H. _____ dans sa prise de position du 21 octobre 2013, le Dr I. _____ avait déjà mentionné une amorce d'amélioration en 2007. L'expertise du Dr E. _____ du 7 juin 2012, qui est consistante, bien motivée et répondant à tous les critères posés par la jurisprudence, a confirmé l'amélioration de l'état de santé au point que l'assurée a retrouvé une pleine capacité de travail. De plus, d'autres indices parlent en faveur d'une meilleure santé psychique de l'assurée: celle-ci a en effet pu surmonter sans problème un changement de pays avec son installation durable au Portugal en 2010, elle a mis au monde en janvier 2011 une fille dont elle peut s'occuper elle-même et elle entretient une relation stable avec le père de sa fille qui l'a accompagnée en Suisse en mai 2012 pour venir à l'expertise du Dr E. _____. Le Tribunal fait donc sienne l'appréciation du Dr E. _____ et considère que l'assurée dispose depuis début 2012 à nouveau d'une pleine capacité de travail. 8. 8.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. 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 d'invalide; art. 16

LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance des problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales. Dans le cas où le salaire d'invalidé est déterminé d'après les données retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), il doit être réduit afin de tenir compte 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). La hauteur de la réduction relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5). Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

8.2 L'OAIE n'a pas effectué de comparaison de salaires. Etant donné que l'assurée ne dispose pas de formation professionnelle et présente à nouveau une pleine capacité de travail dans toute activité ne demandant pas de formation professionnelle, une comparaison de salaire ne s'impose pas. A l'instar de l'OAIE, on peut retenir que l'assurée ne subit plus de perte de gain et ne présente donc plus aucune invalidité.

9. Selon une jurisprudence constante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011), lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il n'est pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait

deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente. En l'occurrence aucune de ces deux conditions n'est remplie, la recourante n'ayant pas atteint l'âge de 55 ans et n'ayant pas bénéficié de la rente pendant plus de quinze ans. 10. C'est donc à raison que l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité. Cette suppression peut prendre effet au 1er janvier 2013 étant donné que l'amélioration est intervenue début 2012 déjà et qu'elle durait déjà plus de trois mois à la date de la suppression de la rente (cf. ATF 129 V 370 confirmé par arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2010 du 11 novembre 2010). Il appert de ce qui précède que le recours doit être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 23 al. 1 let. a LTAF) et la décision confirmée. 11. 11.1 La recourante bénéficie de l'assistance judiciaire. Le 30 janvier 2014, son représentant a produit une note d'honoraire d'un montant de CHF 6'439.64 correspondant à 29 heures 25 minutes de travail et incluant des frais de téléphone, port et photocopies de CHF 623.63, des frais pour recommandés de CHF 44.- et la TVA de CHF 477.01. Le Tribunal constate que l'avocat a produit deux mémoires: un recours comportant 12 pages et une réplique de 15 pages et que les autres courriers concernent la demande d'assistance judiciaire qui était tout d'abord incomplète et non signée par la recourante. Vu le travail nécessaire pour la défense de la recourante et la difficulté du cas, qui n'était pas particulièrement élevée, le Tribunal considère que 12 heures de travail à 250 francs ont été nécessaires. Au regard de l'art. 11 al. 2 FITAF, disposant que les photocopies peuvent être facturées au prix de 50 centimes par page, et du dossier de l'autorité inférieure, composé de 261 pages, il appert que le montant des frais réclamés pour téléphone, port et photocopies de CHF 623.63 est élevé, considérant que les frais de recommandés de CHF 44.- ont été facturés séparément. Il convient de réduire le montant de CHF 623.63 à CHF 256.-, de sorte que le Tribunal fixe à CHF 300.- le montant total des débours remboursés à la partie recourante. Le Tribunal alloue donc au représentant une indemnité globale de dépens de CHF 3'300.- sans TVA car la recourante est domiciliée à l'étranger (cf. entre autres arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6248/2001 du 25 juillet 2012 consid. 12.2.5). 11.2 La recourante bénéficiant de l'assistance judiciaire, il n'est pas perçu de frais de procédure. (dispositif à la page suivante) Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce : 1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais de procédure. 3. Une indemnité de CHF 3'300.- est alloué à Me David Rosa, avocat d'office, à titre d'honoraires, supportés provisoirement par la caisse du Tribunal.. 4. Le présent arrêt est adressé : - à la recourante (Acte judiciaire) - à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé) - à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé) L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante. La juge unique : La greffière : Madeleine Hirsig-Vouilloz Nicole Ricklin Indication des voies de droit : La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision

attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF). Expédition :

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