



Arrêt du 31 octobre 2014

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),
Franziska Schneider, Daniel Stufetti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Elvira Gobet-Coronel, 1709 Fribourg,
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 13 février 2013).

Faits :**A.**

A.a La ressortissante espagnole A._____, née en 1961, ancienne employée dans une entreprise d'entretien de textiles, dans le nettoyage, ancienne employée de fabrique, a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 1999 par décision du 18 novembre 1999 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Zoug (OAI-ZG) pour un taux d'invalidité de 50% (pce 42). Il lui fut reconnu, au plan somatique, un syndrome vertébral lombaire non déficitaire dans le contexte de troubles dégénératifs modérés avec hernie et protrusion discale lombaire ainsi que des pieds plats entraînant une incapacité de travail de 50% depuis le 20 août 1999 pour des activités professionnelles nécessitant la position debout de façon maintenue ou pour des activités professionnelles lourdes, mais une capacité de travail entière sur le plan orthopédique pour une activité adaptée, et, au plan psychiatrique, une incapacité de 50% pour toute profession en raison d'un état dépressif, de situations sociales conflictuelles chronicisées, d'un status post 3 tentatives de suicide (cf. pces 18, 27). Puis, par décision du 13 juillet 2000, l'OAI-ZG lui alloua une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2000 en raison d'un taux d'invalidité de 75% depuis mars 2000 suite à une détérioration de son état de santé psychiatrique liée à la séparation d'avec son second mari, à une très grave situation conflictuelle entre lui et sa fille, à une somatisation de douleurs dans tout le corps (pces 48, 54, 63). Un rapport psychiatrique du Dr B._____ daté du 1^{er} mai 2000 fit état de tristesse, pleurs, voix affaiblie, sentiment de situation sans issue, ralentissement, status plaintif, facies peu expressif, pas de gestuelle, anhédonie, manque d'intérêts, solitude, peur du futur, besoin permanent de dormir, propension persistante aux pleurs, mal-être (pce 54). Courant 2000 l'intéressée retourna en Espagne (cf. pce 68).

A.b En 2005 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) initia une révision du droit à la rente. Il porta notamment au dossier les documents ci-après:

- un rapport médical CH/E 20 daté du 20 octobre 2005 indiquant une marche sans déficit, des pieds plats, une flexion lombaire conservée, un Lasègue négatif, des réflexes ostéotendineux aux membres inférieurs présents et symétriques, pas d'hypotrophies musculaires des membres inférieurs, une marche sur les pointes et talons des pied normale, un status orienté, collaborant, un certain ralentissement psy-

chomoteur, pas d'altération du langage ni de la spontanéité, ni du cours de la pensée, de la tristesse, de la labilité émotionnelle, pas de déficit de la mémoire, un status objectif déprimé avec un ralentissement de la pensée, un taux d'invalidité de 55% pour le travail exercé en dernier lieu, la possibilité d'exercer un autre travail sans exigence intellectuelle importante, une invalidité définitive (pce 88),

- un rapport psychiatrique du Dr C._____, daté du 14 octobre 2005, faisant état d'un status collaborant, orienté, lucide, sans indication de psychose, relevant des idées pessimistes, des plaintes polysymptomatiques, un niveau élevé d'anxiété, des appréhensions, de la tristesse et du désespoir, une affectivité labile, une dépendance et passivité marquée et retenant le diagnostic de trouble de l'adaptation: réaction dépressive prolongée et trouble de la personnalité sans spécificité, proposant un suivi psychothérapeutique (pce 89).

Invités à se prononcer sur ces rapports, le Dr D._____ de l'OAIE nota que l'intéressée était sans suivi psychiatrique depuis 1999 ni ne suivait une thérapie médicamenteuse et qu'il apparaissait que le taux d'invalidité de 75% pouvait être éventuellement inférieur (pce 93) mais le Dr E._____ de l'OAIE, psychiatre, releva un status inchangé et nota attendre peu d'un suivi psychiatrique mensuel usuel en Espagne (pce 95). Par communication du 28 février 2006 l'OAIE maintint l'octroi d'une rente entière d'invalidité en raison d'un status inchangé (pce 98).

B.

Fin 2010 l'OAIE initia une nouvelle révision du droit à la rente. Il porta notamment les documents ci-après au dossier:

- un questionnaire à l'assurée daté du 11 janvier 2011 selon lequel l'intéressée n'exerce pas et n'a plus exercé d'activité lucrative depuis le 3 juillet 2000 (pce 115),
- un rapport psychiatrique signé du Dr F._____, daté du 4 avril 2011, faisant état de larges antécédents de problèmes psychiatriques, caractérisés par de l'anxiété et deux tentatives de suicide en 1981 et 1991, notant une vie en couple harmonieuse et avec sa fille cadette, des relations avec sa fille aînée contextuellement difficiles, notant les plaintes d'état déprimé et d'humeur fluctuante selon les événements de vie, de douleurs, fatigue, faiblesse, des symptômes d'anxiété, ne relevant pas d'idées suicidaires, indiquant une tendance à être préoccupée, une cognition intacte, une bonne perspicacité, posant le dia-

gnostic de dépression majeure récurrente, trouble de l'anxiété généralisé, trouble de la personnalité et indiquant un pronostic de trouble mental allant persister tout au long de la vie de l'intéressée (pce 152),

- un rapport médical E 213 daté du 11 avril 2011 (examen du 28 février 2011) faisant état des plaintes actuelles de rachialgies à la posture maintenue et de métatarsalgies, indiquant une marche sans déficit, une flexion lombaire annoncée douloureuse, pas d'hypotrophie, rapportant [selon le rapport du 4 avril 2011; cf. pce 152] une dépression majeure, récurrente, un trouble de l'anxiété généralisé, un trouble de la personnalité, une humeur fluctuante selon les événements de la vie, pas d'altération de la cognition, des plaintes somatiques multiples, relevant selon une documentation RMN du 18 mars 2011 [cf. pce 151] une hernie discale centrale L5-S1 et une protrusion L4-L5, notant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, discopathie lombaire et métatarsalgies pour cause de pieds plats, indiquant la possibilité de travail sur écran, de travail sans l'aide de tiers, de travail à temps complet dans sa dernière activité, notant un status sans incapacité (pce 150),
- une prise de position de la Dresse G._____, datée du 27 juin 2011, posant les diagnostics de syndrome vertébral lombaire douloureux chronique, pieds plats, troubles de l'adaptation avec état dépressif prolongé, et troubles de la personnalité (status après tentamens médicamenteux en 1981, 1991, 1993), reflux gastro-œsophagiens et migraines [affections reprises de documents médicaux au dossier non déterminants], relevant que sur le plan somatique l'assurée présente toujours des lombalgies non déficitaires dans le contexte de troubles dégénératifs modérés avec discarthrose L5-S1 et hernie discale centrale ainsi qu'une protrusion discale L4-L5, indiquant une capacité de travail complète dans une activité adaptée malgré les atteintes ostéoarticulaires, relevant sur le plan psychiatrique que le rapport médical du 4 avril 2011 ne mentionnait pas de traitement psychotrope particulier, ni de suivi psychothérapeutique et qu'il ne mentionnait plus de tristesse, pleurs, ralentissement psychomoteur (pce 156),
- une prise de position de la Dresse H._____, psychiatre, datée du 4 juillet 2011, indiquant que le rapport psychiatrique permettait prima facie de retenir une amélioration de l'état de santé sur le plan psychiatrique car il n'était plus fait état de pleurs, tristesse, ralentissement psychomoteur, labilité émotionnelle, mais qu'une expertise psychiatrique en Suisse s'avérait nécessaire (pce 159),

- un avis de la Dresse G._____ du 11 août 2011 requérant une expertise pluridisciplinaire notamment rhumatologique et psychiatrique (pce 162),
- un rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire daté du 9 mai 2012 établi sur la base d'une consultation du 27 mars 2012, par le ABI Aertzliches Begutachtungsinstitut GmbH de Bâle, signé des Drs I._____, médecin coordinateur, J._____, chirurgie orthopédique, et K._____, psychiatrie, rappelant les antécédents de l'assurée, faisant état des plaintes actuelles de douleurs lombaires irradiantes intermittentes jusqu'à la cuisse, le genou gauche et l'aîne droite survenant en mouvement, à la station debout après quelques minutes et en position assise après quelque 30 minutes, pouvant atteindre une intensité de 8/10, indiquant des migraines tenaces survenant 3-4 fois par mois, des douleurs aux pieds pouvant atteindre une intensité de 8/10, notant une humeur dépressive, énonçant un status partenarial actuel avec un compagnon travaillant à 50%, n'indiquant pas de thérapie suivie, relevant un status clinique (64kg/151cm, BMI 28) à l'examen sans particularité hormis un surpoids.

Sur le plan psychiatrique le rapport indique une vie commune avec un partenaire depuis 2006 en parfaite entente avec lequel l'intéressée partage des activités diverses, des promenades, de la pêche en mer, des rencontres dans un centre de personnes âgées 3-4 fois par semaine avec lesquelles l'intéressée se sent bien, la lecture de journaux, l'entretien de contacts avec des relations et amis, un fort attachement à son compagnon sans lequel elle ne pourrait vivre, le sentiment de ne pouvoir reprendre une activité lucrative du fait d'une trop grande fatigue et d'un marché du travail offrant peu d'emplois. Le rapport note une personne ayant de bonnes connaissances d'allemand permettant la tenue d'un entretien en allemand sans problème, une apparence soignée, une thymie dépressive légère, un rapport cordial, coopératif, des réponses directes aux questions posées, aucun signe de douleurs lors de l'entretien, un discours informatif rapide avec une mimique et une gestuelle vivante, une impression éveillée, une bonne orientation dans le temps, l'espace et les tiers, pas de signe de perte de concentration ni d'attention, de pensées étroites, pas de signes d'hallucination de quelque type, pas de retenues dans la pensée, une bonne emprise dans la réalité, une conscience de soi, pas de craintes ni de phobies ou d'idées suicidaires. Le rapport énonce le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, épisode léger actuel et, sans influence sur la capacité de tra-

vail, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il relève une discrédence entre les plaintes énoncées, le sentiment subjectif de ne pouvoir plus travailler et les atteintes somatiques de sorte qu'une interférence d'ordre psychique en lien avec les atteintes passées doit être prise en compte au sens d'un trouble somatoforme récurrent et d'une humeur dépressive légère. Sur le plan psychiatrique le rapport retient une incapacité de travail de 20% due à un trouble dépressif léger et la possibilité de l'apport positif d'un suivi psychiatrique chez une personne sans retrait social et sans comorbidité psychiatrique interférant sur le trouble somatoforme récurrent. Au regard de la situation de santé antérieure de l'intéressée, le rapport note une nette amélioration depuis le rapport du Dr B. _____ du 1^{er} mai 2000 à mettre en relation avec le cadre de vie de l'intéressée et sa bonne relation avec son partenaire.

Sur le plan orthopédique le rapport énonce les plaintes de douleurs au bas des lombaires irradiant sur les cuisses jusqu'aux genoux, les douleurs étant moins fortes du fait que l'intéressée ne travaille plus mais ne lui permettant pas d'être assise, debout, couchée longtemps, son périmètre de marche étant de 10 minutes. Des activités sportives de vélo (une heure au max. avec pause), natation occasionnelle, gymnastique et course à pied (une heure par jour au max.) sont relevées. Les voyages en voiture sont énoncés limités à 30km. Tous les 3 mois l'intéressée indique rendre visite à ses enfants distants de 1200km. L'intéressée, selon le rapport, n'envisage pas de reprendre une activité lucrative en raison de ses douleurs et du marché du travail ne lui offrant pas de possibilités. A l'examen clinique le rapport note une mouvance fluide sans restriction et le maintien de la position assise durant une demie heure sans signe de douleurs. Il retient le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de syndrome douloureux lombovertébral chronique sans symptôme radiculaire, d'ostéochondrose et hernie discale L5-S1, protrusion discale L4-L5 avec mobilité conservée de toutes les sections de la colonne vertébrale et les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de pieds plats bilatéraux et de suspicion de douleurs étendues. Le rapport note que les douleurs alléguées par l'assurée ne trouvent pas de fondements cliniques et radiologiques, que les restrictions au niveau de la colonne lombaire peuvent être compréhensibles mais peu les irradiations aux extrémités inférieures qui peuvent être vues comme non-organiques. Au plan orthopédique le rapport retient une capacité de travail complète dans la principale activité de l'intéressée, soit le nettoyage, ou pour toute activité légère à moyenne sous réserve de port et élévation

de charges de plus de 15kg, de positions accroupies et sur les genoux, d'usage fréquent d'escaliers devant être évités. Le rapport relève une discrépance majeure entre les plaintes et les constatations objectives et réserve l'approche psychiatrique du trouble douloureux quant à l'évaluation de la capacité de travail.

Au final le rapport retient dès l'examen une capacité de travail de 80% dans des activités légères à moyennes, y compris les anciennes activités, permettant le changement de positions. Cette capacité serait atteignable dans le cadre d'une activité à plein temps avec la prise de pauses de 5-10 minutes par heure et un rendement légèrement diminué. Il rappelle qu'un suivi psychothérapeutique est indiqué et pourrait être bénéfique (pce 187).

C.

Invitée à se déterminer sur la documentation médicale et l'expertise précitée, la Dresse G._____ de l'OAIE prit position en date du 26 juin 2012. Elle indiqua les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome vertébral lombaire douloureux chronique non déficitaire et sans syndrome radiculaire, sur troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire (hernie discale L5/S1 et protrusion discale L4/L5), d'état dépressif récidivant, épisode léger actuel (status après tentamens médicamenteux en 1981, 1991 et 1993) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble somatoforme douloureux, pieds plats bilatéraux, surcharge pondérale (BMI 28), migraines anamnestiques, status après myocardie virale avec baisse de la fonction ventriculaire gauche massive transitoire, œdème pulmonaire et intubation en 1997, récupération complète. Elle nota les limitations fonctionnelles de travaux lourds ou en position debout permanente, de ports de charges répétés, de charges de plus de 15kg. Elle retint une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 50% dès le 20 août 1999, de 75% dès le 1^{er} juin 2000 et de 50% dès le 4 avril 2011 ainsi qu'une incapacité de travail dans une activité de substitution de 50% dès le 20 août 1999, de 75% dès le 1^{er} juin 2000 et de 20% dès le 4 avril 2011. Dans son rapport la Dresse G._____ releva notamment que du rapport ABI il ressortait que les plaintes douloureuses n'étaient pas explicables complètement par l'examen médical ni par les examens radiologiques et que l'irradiation aux membres inférieurs n'était pas expliquée par les atteintes à la colonne lombaire, que les douleurs diffuses des membres inférieurs et supérieurs étaient compatibles avec une composante non organique, qu'il ressortait de l'examen médical orthopédique, comme 20 ans auparavant, l'absence de signe d'atteinte radiculaire ou de déficit neurologique, ceci sur un status orthopédique stationnaire. Sur le

plan psychiatrique la Dresse G._____ reprit les constatations et l'appréciation du rapport ABI relevant que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était posé sans comorbidité psychiatrique et se justifiait par la surcharge psychosociale qui avait duré pendant des années. Elle retint que le rapport ABI permettait de confirmer une amélioration de santé sur le plan psychiatrique qui avait déjà été indiquée dans le rapport psychiatrique du 4 avril 2011, notant que l'assurée n'avait pas de médication psychotrope ni n'était suivie sur le plan psychothérapeutique en étant dans une relation stable de couple depuis 2006 et insérée sur le plan social. Elle confirma une incapacité de travail de 20% pour toute activité adaptée depuis le 4 avril 2011 en raison d'un état dépressif récidivant de degré léger, stabilisé, sous réserve d'un avis psychiatrique. Elle nota les activités exigibles ci-après: ouvrière non qualifiée dans une usine / fabrique / production en général, concierge / gardienne d'immeuble, magasinière / gestion des stocks, vente par correspondance, caissière, accueil / réceptionniste, standardiste / téléphoniste (pce 202).

Par un avis psychiatrique du 6 août 2012 la Dresse H._____ fit état des constatations du rapport psychiatrique de l'expertise ABI et confirma une incapacité de travail de 20% dans toute activité à compter de la date du rapport d'expertise du 9 mai 2012. La Dresse H._____ releva une nette amélioration et souligna qu'il ne persistait qu'un trouble dépressif léger pour lequel l'intéressée n'était ni médicuée ni suivie. Elle releva que les conclusions de l'expertise ABI se rapprochaient de celles du Dr L._____ du 4 avril 2011 et de celles du rapport médical E 213 du 11 avril 2011 qui ne retenait pas d'incapacité. Elle releva une nette amélioration de la thymie en comparaison des rapports du Dr B._____ de 1999 et 2000 et du rapport du Dr C._____ du 14 octobre 2005 (pce 204).

D.

L'OAIE établit en date du 23 août 2012 une évaluation de l'invalidité économique de l'assurée. Il prit comme base de calcul le revenu mensuel de l'intéressée en 1998 de 3'428.53 francs (18.40 CHF x 43 h./sem. x 52 sem. : 12 mois [questionnaire à l'employeur du 25.01.1999; pce 20]) indexé 2010 à 4'128.01 francs (indices base 1939 des salaires féminins 1998: 2142 et 2010: 2'579) et compara ce montant à celui résultant de la détermination du salaire d'invalidé selon les indications de la Dresse G._____ résultant d'une activité à 80% dès le 4 avril 2011 (année au cours de laquelle l'intéressée a atteint 50 ans). Il prit en compte le revenu médian TA1 des femmes selon l'Enquête suisse sur les salaires 2010 pour des activités simples et répétitives de 4'225.- francs pour 40 h./sem. et de 4'394.- francs pour 41.6 h./sem. selon le temps usuel de travail tou-

tes branches confondues et effectués sur ce montant un abattement de 20% pour raisons personnelles liées notamment à l'âge et aux 13 années d'inactivité dans le monde du travail portant le revenu à 3'515.20 francs pour un 100% et à 2'812.16 francs pour un taux d'activité de 80%. Il en résulta une perte de gain $([4'128.01 - 2'812.16] \times 100 : 4'128.01 = 31.88\%)$ de 32% (pce 205).

E.

L'intéressée ayant adressé un nouveau rapport médical orthopédique à l'OAIE daté de juillet 2012 du Dr M._____, l'OAIE requit une prise de position de la Dresse G._____. Ce médecin indiqua dans un rapport du 3 octobre 2010 que le document du Dr M._____ faisait état d'un hallux limitus fonctionnel, de métatarsalgies multifactorielles, d'un raccourcissement musculaire postérieur, soit de douleurs du pied sur trouble positionnel du pied sans élément de gravité, traitables par l'utilisation de supports plantaires. Elle maintint sa prise de position du 26 juin 2012 (pces 206-209).

F.

Par projet de décision du 24 octobre 2012, l'OAIE, reprenant en substance les constatations de la Dresse G._____, informa l'assurée qu'il était résulté de la révision du droit à la rente que son état de santé s'était nettement amélioré et que sa perte de gain dans une activité adaptée de 32% ne lui ouvrait plus le droit à une rente vu le seuil du droit de 40% (pce 210).

L'intéressée s'opposa à ce projet par acte du 27 novembre 2012. Elle indiqua ne pas travailler en raison de ne pouvoir faire d'efforts physiques, de ses pieds plats, de sa hernie discale, des douleurs liées qui ne lui permettraient pas de se faire engager par une entreprise. Elle joignit à son envoi un rapport médical daté du 27 novembre 2012 indiquant les diagnostics de dépression anxieuse, fibroadénome, hernie discale lombaire, hypertension artérielle, crises de migraine, syndrome douloureux des pieds plats, reflux œsophagien (pces 211 s.). Dans un rapport du 16 janvier 2013 la Dresse G._____ indiqua que cette documentation médicale n'apportait pas d'élément médical nouveau ou significatif et que sa prise de position antérieure était maintenue (pce 214).

G.

Par décision du 13 février 2013 en allemand, l'OAIE informa l'assurée qu'elle n'avait plus droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril

2013. Il releva que la nouvelle documentation produite en procédure d'audition n'apportait pas d'élément nouveau (pce 216). En date des 25 et 28 février 2013 l'intéressée requit une décision en français (pces 219 et 223).

H.

Contre la décision du 13 février 2013, l'intéressée, représentée par Me E. Gobet-Coronel, interjeta recours auprès du Tribunal de céans concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de ses rentes fondées sur un 75% d'invalidité. Elle conclut également à être dispensée d'effectuer l'avance des frais de justice et "de tout remboursement de l'assistance judiciaire octroyée". A l'appui de son recours elle fit valoir que l'amélioration de son état de santé résultait du fait qu'elle ne se soumettait à aucune activité sollicitant des efforts même légers, que son incapacité de travail était supérieure à 75%, qu'elle était dans l'impossibilité d'exercer quelque activité lucrative au vu de ses limitations, comme cela résultait de l'attestation médicale du Dr N._____, orthopédiste et traumatologue, du 5 mars 2013. L'attestation en question fit état des diagnostics connus de l'intéressée et mentionna que toute activité physique d'efforts était contrindiquée (pce TAF 1).

I.

Par ordonnances du 25 mars 2013 le Tribunal de céans invita l'autorité inférieure à se déterminer sur le recours et la recourante à remplir le formulaire de demande d'assistance judiciaire (pces TAF 2 s.).

J.

L'OAIE soumit le rapport médical du Dr N._____ du 5 mars 2013 à son service médical. La Dresse O._____ indiqua dans une prise de position du 21 mai 2013 que le nouveau rapport faisait état des diagnostics connus et indiquait que les activités et efforts physiques étaient contrindiqués et nullement que l'intéressée ne pouvait exercer aucune activité. Elle confirma la possibilité d'une activité adaptée à 80% (pce 227). Par réponse au recours du 27 mai 2013, l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir les constatation du rapport d'expertise ABI du 9 mai 2012 et le fait que les documents médicaux produits au cours de l'instruction et de la procédure d'audition n'avaient pas apporté d'éléments nouveaux à l'appréciation selon laquelle l'intéressée pouvait exercer une activité adaptée à 80% entraînant une perte de gain de 32% n'ouvrant plus le droit à une rente (pce TAF 5).

K.

Par décision incidente du 5 juin 2013 le Tribunal de céans, sur la base de l'indigence attestée de l'assurée selon son envoi du 17 avril 2013 (pce TAF 4), accorda l'assistance judiciaire complète à la recourante et l'invita à répliquer (pce TAF 6).

L.

Par réplique du 12 juillet 2013 l'intéressée maintint ses conclusions antérieures. Elle fit valoir que le taux d'invalidité retenu de 32% ne correspondait pas à la réalité et que ses pathologies orthopédiques subsistaient toujours et demeuraient handicapantes selon les conclusions du rapport du Dr P._____, psychiatre, du 26 juin 2013 joint en annexe. Elle souligna ne pouvoir rester assise ou debout plus d'un certain temps, que les douleurs survenaient subitement, qu'elle pouvait dans ces cas faire des poses, ce qu'elle ne pourrait faire systématiquement dans une activité professionnelle. Elle souligna s'opposer à l'avis de la Dresse G._____ selon lequel ses douleurs aux pieds étaient sans élément de gravité et traitables par l'utilisation de supports plantaires. S'agissant de sa pathologie psychiatrique, elle indiqua qu'elle avait été qualifiée de grave avec répercussion sur le plan social et du travail comme cela ressortait du rapport du Dr P._____ (pce TAF 9).

Dans ce rapport le Dr P._____ indiqua une consultation en urgence pour péjoration sévère d'un état dépressif, anxiété sévère, insomnie avec cauchemars. Il rapporta les plaintes d'humeur triste depuis 4 semaines, de status sans énergie, de pleurs pour des choses sans importance, d'un état connu en relation avec divers états dépressifs dans le passé, de douleurs dans les bras non déterminées, de fatigue due à une activité minimale génératrice de tristesse, de difficultés à s'endormir et de cauchemars en relation avec le passé. Le rapport releva durant l'entretien un déficit cognitif de concentration et de mémoire, la peur de retomber dans des états passés et des idées suicidaires. L'intéressée fut décrite comme suit: consciente, globalement orientée, avec une hypothyrie marquée, dépressive, aboulie sévère neurasthénique, sans modulation affective, anhédonie, un langage fluide et cohérent, un déficit cognitif léger d'origine psychiatrique avec un déficit de concentration, un ralentissement léger psychomoteur, pas d'aphasie, pas d'agnosie, pas d'apraxie, pas d'acalculie, pas d'altération sensorielle, pas de dépersonnalisation, pas de déréalisation, pas d'hallucination, pas d'obsession, pas de compulsions, des idées passives de mort, un jugement correct des réalités. Le diagnostic posé fut épisode dépressif récurrent d'intensité grave sans symptôme psychotique, dysthymie, état de stress post-traumatique. Selon le

Dr P._____ l'intéressée présentait une pathologie psychiatrique affective de caractère grave (trauma de type II) avec répercussion sociale et dans le monde du travail, ne pouvait exercer aucune activité professionnelle et un traitement antidépresseur était recommandé. In fine le rapport rappela les affections somatiques connues de l'intéressée et que selon l'Unité de traumatologie de la Polyclinique Q._____ elle ne devait effectuer aucun type d'activité physique et d'efforts. Il souligna l'existence d'un processus pathologique psychiatrique de type traumatologique de caractère irréversible tel que diagnostiqué par le Dr F._____ en 2011 et qui persistera tout au long de la vie de l'intéressée, nécessitant un suivi psychiatrique et psychologique (pce TAF 9).

Invité à se déterminer sur cette écriture, l'OAIE requit une prise de position de la Dresse H._____, psychiatre. Dans son rapport du 9 septembre 2013 ce médecin indiqua que le Dr P._____ avait été consulté en urgence alors que l'intéressée n'était plus suivie depuis plusieurs années, que l'aggravation de l'état de santé était survenue dans la cadre du projet de suppression de rente. La Dresse H._____ releva que le Dr P._____ avait insisté sur des éléments anamnestiques connus et discutés dans l'expertise psychiatrique de mai 2012 sous réserve du diagnostic de trouble dépressif post-traumatique qui n'avait cependant pas été étayé si ce n'est que par l'indication de cauchemars, ce qui n'était pas suffisant, des flashbacks n'ayant pas été évoqués. La Dresse H._____ maintint les conclusions de l'expertise ABI.

Par duplique du 11 septembre 2013 l'OAIE maintint sa proposition de rejet du recours se référant à la prise de position de la Dresse H._____ (pce TAF 11).

M.

Par acte du 18 octobre 2013 l'intéressée se détermina sur la duplique de l'OAIE. Elle fit valoir, outre des griefs évoqués dans un nouveau rapport médical du Dr P._____ du 16 octobre 2013, qu'elle avait dû consulter un psychiatre effectivement en raison de sa prise de connaissance du projet de suppression de sa rente AI, que si elle n'avait pas consulté de psychiatre auparavant c'est qu'elle n'était pas soumise à des situations de stress, que le diagnostic retenu par le Dr K._____ niait la réalité de sa maladie psychiatrique. Dans son rapport le Dr P._____ indiqua que l'intéressée n'avait pas consulté un psychiatre par volonté de s'écarter de facteurs stressants, pour éviter que des traumas ne ressurgissent dans un status stabilisé, il contesta les conclusions du Dr K._____ et de la Dresse H._____. Il nota que c'était à tort que le Dr K._____ retenait un

épisode dépressif léger du fait que l'assurée avait fait trois tentamens médicamenteux suivis de séjours en unité psychiatrique. Il releva que le fait que l'intéressée n'ait pas été examinée dans sa langue maternelle constituait un risque de diagnostic incomplet du fait des barrières idiomatiques et que le vécu de l'intéressée démontrait clairement la possibilité d'un trauma de type II. Il indiqua également que l'absence de flashbacks n'excluait pas le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique comme cela ressortait de la littérature médicale, dont le DSM IV, la patiente pouvant revivre ses trauma sous forme de souvenirs, rêves de parasomnie, cauchemars et flashbacks, ces derniers n'étant pas absolument nécessaires pour retenir le diagnostic si d'autres symptômes faisaient revivre les événements traumatisants. Il souligna que l'exploration en 2011 de l'intéressée par le Dr F._____, psychiatre, en espagnol, était parvenue aux mêmes conclusions que les siennes, à savoir un trouble mental à vie entraînant une incapacité pour toute activité lucrative venant s'ajouter à une incapacité de travail d'origine somatique du fait qu'il lui était recommandé d'éviter tout type d'activité physique ou d'efforts (pce TAF 13).

N.

Requis de se déterminer sur cette écriture, l'OAIE sollicite une prise de position de la Dresse H._____. Dans son rapport du 5 décembre 2013 la psychiatre de l'OAIE réitéra ses précédentes conclusions. Elle indiqua que le Dr K._____ avait bien mentionné les tentamens médicamenteux dans son anamnèse et que son diagnostic était étayé. Elle indiqua que le diagnostic de syndrome post-traumatique retenu nouvellement par le Dr P._____, indépendamment de la question des flashbacks, n'avait pas été suffisamment documenté et que leur absence n'avait pas été son seul argument pour ne pas retenir ce diagnostic, qu'en l'occurrence ni le Dr B._____ ni le Dr K._____ n'avait retenu ce diagnostic tout en ayant retenu un trouble dépressif avec somatisation dans le cadre de situations conflictuelles chroniques. Elle releva aussi que selon la CIM-10 le syndrome de stress post-traumatisme intervenait généralement de quelques semaines à quelques mois après l'événement marquant et rarement après six mois. Par une nouvelle détermination du 17 décembre 2013 elle confirma ainsi les diagnostics actuels de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et de syndrome douloureux somatoforme persistant entraînant une incapacité de 20% dans toute activité.

Par quadruplique du 17 décembre 2013 l'OAIE proposa à nouveau le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (pce 17).

O.

Invitée à formuler d'éventuelles remarques sur l'écriture précédente, la recourante fit valoir le 6 février 2014 qu'il était choquant que le Dr K._____ retienne comme diagnostic des troubles dépressifs récurrents, épisode léger, et un syndrome douloureux somatoforme persistant alors que ce diagnostic était absolument incompatible avec ses tentatives de suicide, ses antécédents psychiatriques et sa biographie traumatique. Elle rappela encore que l'expertise du Dr K._____ avait été conduite en allemand, langue qu'elle était loin de maîtriser. Elle conclut à la reconnaissance de son incapacité totale de travailler.

Le Tribunal de céans porta cette écriture à la connaissance de l'autorité inférieure par ordonnance du 3 mars 2014 (pce 20).

Droit :**1.**

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} 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. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et la recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire complète par décision incidente du 5 juin 2013, le recours est recevable.

2.

S'agissant de la langue de la procédure devant l'autorité inférieure et du présent arrêt, les art. 33a PA et 37 LTAF sont applicables. La décision est prise dans l'une des langues officielles, en générale celle dans laquelle les parties ont déposé ou déposeraient leurs conclusions, et l'arrêt est rendu dans la langue de la décision attaquée. Si les parties utilisent une autre langue officielle, celle-ci peut être adoptée. Les langues officielles sont l'allemand, le français, l'italien et le romanche. En l'espèce la recourante a sollicité une décision en français suite à celle rendue en allemand contre laquelle elle a recouru en français. Pour ce motif l'arrêt en français.

3.

L'objet de la décision attaquée du 13 février 2013 concerne le bien-fondé de la suppression au 31 mars 2013 de la rente entière d'invalidité dont bénéficiait la recourante depuis le 1^{er} juin 2000 pour un taux d'invalidité de 75% au motif d'une amélioration de son état de santé psychique lui permettant la reprise d'une activité lucrative légère adaptée à 80% déterminant une invalidité de 32% n'ouvrant plus droit à une rente.

4.

4.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, ATF 136 V 24 consid. 4.3), le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). En particulier la documentation médicale établie après la décision attaquée ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension de l'état de santé de l'intéressé jusqu'au moment de la décision entreprise.

4.2 La recourante est de nationalité espagnole résidant en Espagne. Au niveau du droit international, 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) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} 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 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont applicables (cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

4.3 L'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

4.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent application, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

5.

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).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 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 taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al.1^{er} LAI). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

6.

6.1 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, n° 3054 ss, 3065).

6.2 Selon une jurisprudence constante, une amélioration de la capacité de travail attestée médicalement conduit en principe, eu égard au devoir de se réadapter par soi-même, à une amélioration correspondante de la capacité de gain. Une appréciation contraire ne peut s'ensuivre qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsque, nonobstant les conclusions médicales, il appert du dossier que l'assuré ne pourra pas surmonter par lui-même et sans l'application de mesures préalables ses empêchements compte tenu de la longue durée du versement de la rente et des exigences du marché

du travail (arrêt du TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral, on ne saurait ainsi notamment supprimer une rente sans avoir au préalable examiné les possibilités de réadaptation dans le cas d'un assuré qui a touché cette rente durant de très nombreuses années et qui ne dispose plus de l'expérience professionnelle lui permettant de se réadapter par lui-même (arrêt du TF 9C_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Il en va différemment si la durée de l'octroi de la rente a été relativement courte et si des mesures de réadaptation ne s'imposent pas au regard de l'activité exercée par l'assuré ou qu'il pourrait exercer (arrêt du TF 9C_950/2009 du 25 septembre 2010 consid. 4; VALTERIO, op. cit., n° 3060).

6.3 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

6.4 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 le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; VALTERIO, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3, I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

6.5 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 taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2).

6.6 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que

ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du TF I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; VALTERIO, op. cit., n° 3085). L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI 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. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

7.

7.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). 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). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

7.2 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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du TF I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

8.

8.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

8.2 Le tribunal des assurances 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 réf. cit.).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 V 351 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 du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les référé-

rences 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 consid. 1d, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF 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 divergent – même émanant d'un spécialiste – a été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.

9.1 Dans le cadre de l'octroi de la demi-rente, par décision du 18 novembre 1999, il fut retenu sur le plan somatique un syndrome vertébral lombaire non déficitaire dans le contexte de troubles dégénératifs modérés avec hernie et protrusion discale lombaire ainsi que des pieds plats entraînant une incapacité de travail de 50% depuis le 20 août 1999 pour des activités professionnelles nécessitant la position debout de façon maintenue ou pour des activités professionnelles lourdes, mais une capacité de travail entière sur le plan orthopédique pour une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique il fut retenu une incapacité de travail de 50% pour toute profession en raison d'un état dépressif, de situations sociales conflictuelles chronicisées, d'un status post 3 tentamens de suicide en 1981, 1991 et 1993. L'état psychique de l'intéressée s'est ensuite fortement détérioré à la suite de la séparation d'avec son deuxième mari et, apparemment à ce moment, de la mise à jour d'abus de ce dernier envers sa fille aînée de son premier mariage, de sorte qu'une rente entière a été reconnue à l'intéressée à compter du 1^{er} juin 2000 par décision du 13 juillet 2000. Dans un rapport du 1^{er} mai 2000 le Dr B. _____ fit état de tristesse, pleurs, voix affaiblie, sentiment de situation sans issue, ralentissement, status plaintif, facies peu expressif, pas de gestuelle, anhédonie, manque d'intérêts, solitude, peur du futur, besoin permanent de dormir, propension persistante aux pleurs, mal-être.

9.2 Lors de la révision du droit à la rente initiée en 2005 le rapport CH/E 20 du 20 octobre 2005 retint une capacité de travail entière dans une activité légère adaptée sans exigence intellectuelle importante et le rapport psychiatrique du Dr C._____ fit état d'un status collaborant, orienté, lucide, sans indication de psychose, relevant des idées pessimistes, des plaintes polysymptomatiques, un niveau élevé d'anxiété, des appréhensions, de la tristesse et du désespoir, une affectivité labile, une dépendance et passivité marquée. Il retint le diagnostic de trouble de l'adaptation pour réaction dépressive prolongée et trouble de la personnalité sans spécificité, proposant un suivi psychothérapeutique. Ce rapport, qui contraste déjà sensiblement avec le status de 2000 décrit par le Dr B._____, laissa apparaître une certaine amélioration de l'état de santé de l'intéressée que le Dr D._____ évoqua sur un plan général mais que le Dr E._____, psychiatre, ne retint pas comme déterminant de sorte que la rente entière de l'intéressée fut reconduite par communication du 28 février 2006. Cette reconduction n'a pas en soi été faite sur la base d'une révision complète et approfondie du droit à la rente au sens de la jurisprudence évoquée au considérant 5.5. On peut cependant indéniablement considéré que le Dr E._____ a apprécié le rapport du Dr C._____ comme l'expression d'un status faisant état d'une certaine amélioration de l'état de santé mais également comme l'expression d'un status d'une réelle fragilité devant se consolider.

9.3

9.3.1 Dans le cadre de la révision initiée en 2010, il sied de relever que sur le plan somatique l'intéressée présente un état de santé lui permettant d'exercer une activité légère adaptée permettant le changement de positions, respectant quelques limitations, sans port de charges répété et sans port et élévation de charges supérieures à 15 kg. Ce constat peut être retenu tant du rapport E 213 du 11 avril 2011 qui conclut à une capacité de travail à temps complet dans sa dernière activité dans le nettoyage que du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 mai 2012 qui également retient une pleine capacité de travail dans la principale activité de l'intéressée, le nettoyage, ou pour toute activité légère à moyenne sous réserve de port et élévation de charge de plus de 15 kg, de positions accroupies et sur les genoux, d'usage fréquent d'escaliers. Certes l'intéressée souffre d'un syndrome douloureux lombovertébral chronique sans symptôme radiculaire, d'ostéochondrose et hernie discale L5-S1, d'une protrusion discale L4-L5, de pieds plats bilatéraux, mais les douleurs alléguées par l'assurée ne trouvent pas de fondements cliniques et radiologiques et, si les restrictions au niveau de la colonne lombaire peuvent

être compréhensibles, les irradiations aux extrémités inférieures peuvent être vues comme non organiques selon l'expertise pluridisciplinaire, laquelle a relevé notamment une mouvance fluide sans restriction et le maintien de la position assise durant une demi-heure sans signe de douleurs. Le rapport médical du Dr M._____ de juillet 2012 qui fait état d'un hallux limitus fonctionnel, de métatarsalgies multifactorielles, d'un raccourcissement musculaire postérieur ne permet pas de modifier l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressée car ce document ne la discute pas, ne fait pas état d'un traumatisme récent au niveau du pied, d'un suivi thérapeutique, ne propose pas de traitement spécifique, n'a pas été suivi d'autres démarches médicales et, comme l'indique la Dresse G._____, l'atteinte constatée peut être traitée par l'utilisation de supports plantaires. Par ailleurs, le rapport médical du Dr N._____ du 5 mars 2013 ne permet pas non plus de porter une appréciation différente de la capacité de travail de l'intéressée car ce rapport ne dit pas que l'intéressée ne peut exercer aucune activité, même légère et adaptée, mais que toutes activités physiques d'efforts sont contraindiquées, ce qui correspond manifestement aux limitations fonctionnelles retenues par l'expertise pluridisciplinaire sous l'angle somatique.

9.3.2 Sur le plan psychiatrique il appert du dossier qu'à compter de 2006, après des années marquées par une situation psycho-sociale très lourde, l'intéressée a reconstruit harmonieusement sa vie avec un compatriote avec lequel elle partage de nombreuses activités. Un rapport psychiatrique du Dr F._____ du 4 avril 2011 note les plaintes d'état déprimé et d'humeur fluctuante selon les événements de vie, de douleurs, fatigue, faiblesse, symptômes d'anxiété, ne relevant pas d'idées suicidaires, indiquant une tendance à être préoccupée, une cognition intacte, une bonne perspicacité. Il pose le diagnostic de dépression majeure récurrente, trouble de l'anxiété généralisée, trouble de la personnalité et indique un pronostic de trouble mental allant persister tout au long de la vie de l'intéressée. Le rapport E 213 du 11 avril 2011 reprend les diagnostics précités. Ces deux rapports ne mentionnent aucun suivi psychiatrique et pas de médication. De même, comme l'ont relevé la Dresse G._____ dans son rapport du 27 juin 2011 et la Dresse H._____ dans son rapport du 4 juillet 2011, le rapport du Dr F._____ ne mentionne plus de tristesse, pleurs, ralentissement psychomoteur, labilité émotionnelle. La Dresse H._____, malgré les diagnostics posés dont celui de dépression majeure récurrente, y a relevé une amélioration de l'état psychique devant être confirmée par une expertise pluridisciplinaire en Suisse. Celle-ci a eu lieu le 27 mars 2012, soit une année environ après la consultation du Dr F._____. Il est apparu de l'expertise psychiatrique la confirmation d'un

status relationnel harmonieux de l'intéressée avec son partenaire dans le cadre d'une vie sociale bien remplie aux activités multiples. Le rapport relève une apparence soignée, une thymie dépressive légère, un rapport cordial, coopératif, des réponses directes aux questions posées, aucun signe de douleurs lors de l'entretien, un discours informatif rapide avec une mimique et une gestuelle vivante, une impression éveillée, une bonne orientation dans le temps, l'espace et les tiers, pas de signe de perte de concentration ni d'attention, de pensées étroites, pas de signes d'hallucination de quelque type, pas de retenues dans la pensée, une bonne emprise dans la réalité, une conscience de soi, pas de craintes et phobies, d'idées suicidaires. Le rapport énonce le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, épisode léger actuel et, sans influence sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il est retenu un sentiment subjectif de ne pouvoir plus travailler et des atteintes somatiques en relation avec les atteintes passées devant être prises en compte au sens d'un trouble somatoforme récurrent et d'une humeur dépressive légère fondant une incapacité de travail de 20%. L'apport positif d'un suivi psychiatrique chez une personne sans retrait social et sans comorbidité psychiatrique interférant sur le trouble somatoforme récurrent est mentionné. Le service médical de l'OAIE a confirmé les diagnostics psychiatriques et la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles énoncées sur le plan somatique.

9.3.3 La recourante conteste l'appréciation de sa capacité de travail retenue par l'OAIE faisant valoir sur le plan psychiatrique, notamment en se fondant sur le rapport du Dr P._____, que les diagnostics retenus par l'OAIE étaient incompatibles avec ses trois tentamens de suicides et ne prenaient pas en compte le diagnostic de syndrome post-traumatique. Elle note également que l'exploration psychiatrique lors de l'expertise ABI s'était passée en allemand, langue qu'elle est loin de maîtriser, et que de ce fait l'expertise pouvait avoir été incomplète.

Contre ces allégués il y a lieu de relever premièrement que les motifs des tentamens de suicide de 1981, 1991 et 1993 ont certes dû être traumatisants pour l'intéressée mais ont été dûment pris en compte dans l'octroi de sa demi-rente en 1999 puis de sa rente entière en 2000 puis encore vraisemblablement dans le cadre de la révision du droit à la rente en 2005 quand l'intéressée n'était d'ailleurs pas en couple. Toutefois des faits passés bien que graves ne peuvent être allégués près de 20-30 ans après leur survenance comme étant toujours à l'origine d'une incapacité de travail si au moment de la révision du droit à une rente d'invalidité qui

a été octroyée largement en raison de troubles psychiatriques un assuré n'est plus suivi sur le plan psychiatrique depuis de nombreuses années et mène une vie harmonieuse au sein d'un couple qui lui apporte un grand soutien et au sein d'une communauté sociale fréquentée régulièrement plusieurs fois par semaine et dans laquelle l'assuré trouve estime et y exerce des activités multiples.

Deuxièmement le diagnostic de syndrome post-traumatique, indépendamment de la question des flashbacks par lequel et sous d'autres modes le traumatisme est revécu, n'a jamais été relevé par les psychiatres ayant examiné l'intéressée dans le cadre de la 2^{ème} révision avant le rapport du Dr P._____. En effet l'assurée n'a jamais évoqué l'existence de symptômes permettant de retenir un syndrome post-traumatique qui, comme la Dresse H._____ l'a indiqué, survient dans un temps de quelques semaines voire quelques mois après les événements traumatiques, mais normalement pas plusieurs années après ceux-ci, bien que, il est vrai, il serait faux de nier dans l'absolu la possibilité d'une telle survenance plusieurs années plus tard, notamment à l'occasion d'atteintes ou d'événement semblables à ceux précédemment vécus. Le Dr F._____, en avril 2011, sans évoquer le diagnostic de syndrome post-traumatique, avait fait état d'un trouble mental allant persister à vie, or reconnaître l'existence chez une personne de graves faits ayant affecté sa vie, qui resteront présents à vie, ne signifie pas la nécessité de lui reconnaître une incapacité de travail pour toute activité. Pour que tel soit le cas il faut que les atteintes passées soient si présentes à l'esprit qu'elles ne permettent plus de travailler, de se consacrer à des loisirs, d'alimenter des relations sociales saines et non chargées d'affects avec autrui. Or tel n'est pas ce qui ressort de l'expertise psychiatrique ABI. Comme on l'a relevé, le diagnostic de syndrome post-traumatique n'a pas été posé avant le rapport du Dr P._____. Il apparaît plus en lien avec le stress provoqué par le projet de décision de l'OAIE de suppression de rente, ayant motivé la consultation en urgence de ce médecin pour un status momentanément aggravé. Il ne peut être retenu comme durable par l'OAIE et le Tribunal de céans, faute actuellement d'une documentation médicale idoine. Il sied d'ailleurs de relever que si le trouble causé par la suppression d'une rente (dépression réactionnelle) devait être retenu comme un motif de maintenir celle-ci, les offices d'assurance-invalidité seraient appelés à maintenir l'octroi de rentes pour ce seul motif allégué (cf. l'arrêt du TF 9C_799/2012 renvoyant à l'ATF 127 V 294); alors que le but de l'assurance-invalidité est d'allouer un revenu de substitution aux personnes qui malgré leur obligation de réduire au maximum leur dommage ne peuvent

plus être en mesure de tirer parti de leur faculté de travail résiduelle pour des motifs objectifs somatiques et/ou psychiatriques.

Enfin, s'agissant de l'allégué selon lequel l'expertise psychiatrique ABI serait incomplète du fait que l'entretien à la base de celle-ci aurait été conduit en allemand, langue que l'intéressée serait loin de maîtriser, le Tribunal de céans relève qu'il appert du rapport d'expertise que l'intéressée a fait preuve de bonnes connaissances de l'allemand qui lui ont permis de tenir l'entretien sans problème et qu'elle a eu un discours riche dans un flux d'informations rapide avec une gestuelle animée. Le grief ainsi soulevé par la recourante est en porte-à-faux avec les constatations explicites de l'expert relevées dans son rapport.

Il appert de ce qui précède que les griefs de la recourante à l'encontre de l'expertise ABI et de la capacité de travail déterminée par l'OAIE ne peuvent être retenus.

10.

10.1 Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait 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. Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêts du TF I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La comparaison des revenus doit se faire sur le même marché du travail car les salaires et les coûts de la vie ne sont pas les mêmes entre deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b).

10.2 Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid.

4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles de l'ESS.

11.

11.1 En l'espèce il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base de l'ESS 2010 indexé 2012 (dernier indice disponible) vu que le droit à la rente a été supprimé au 31 mars 2013. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte indexés jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente suite au délai d'attente d'une année (ATF 128 V 174 et 129 V 222) ou, par analogie, jusqu'à la décision de suppression du droit.

11.2

11.2.1 Le salaire annuel de l'assurée dans sa dernière activité du secteur du traitement des textiles (niveau de qualification 4) a été en 1998 (indice 1998 base 1939: 2142) de 3'428.53.- francs par mois (voir supra D). Ce montant se serait élevé en 2012 (indice 2012 base 1939: 2630) à 4'209.63 francs, soit à un montant inférieur au revenu médian de 4'225.- francs (ESS 2010) pour 40 h./sem. et de 4'394.- francs pour 41.6 h./sem. selon le temps de travail usuel, indexé 2012 à 4'480.89 francs, mais supérieur au revenu dans la fabrication du textile de 3'848.- francs (ESS 2010; niveau de qualification 4) pour 40 h./sem. et de 4'001.92 pour 41.6 h./sem. indexé 2012 (indice 2012 base 1939: 2630; indice 2010 base 1939: 2579) à 4'081.05.- francs.

11.2.2 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 (p. ex. en raison d'un manque de formation ou de connaissances linguistiques, de possibilités de travail limitées en raison d'un statut de saisonnier) et que l'on peut considérer qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer (ATF 135 V 58 consid. 3.1). Est à considérer comme nettement inférieur au sens de cette jurisprudence un salaire effectivement réalisé 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 apparaît, le parallélisme ne peut cependant porter selon la

jurisprudence que sur la part dépassant les 5% précités (loc. cit. consid. 6.1.3; ainsi par ex. une différence de 12% est prise en compte pour 7%). Le parallélisme s'effectue soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Toutefois, lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidité situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu. En d'autres termes, un motif exclusivement économique pour justifier un salaire inférieur à la moyenne n'est pas suffisant pour adapter le salaire statistique (ATF 135 V 58 consid. 3.4.1-3.4.6 [en particulier consid. 3.4.4]).

Lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans atteinte à la santé, l'assuré se serait contenté d'un gain modeste, celui-ci doit être en principe pris en compte pour la détermination du revenu sans invalidité même s'il eut pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) sous réserve de revenus temporaires modestes dont l'intéressé n'aurait pu se contenter sur la durée (VALTERIO, op. cit., n° 2088 note 2658 et les réf.).

En l'espèce le revenu de l'assurée indexé 2012 de 4'209.63 francs ne nécessite pas la prise en compte des modalités de comparaison de revenus selon le parallélisme des revenus du fait que le revenu sans invalidité est certes inférieur de 6% au revenu médian de 4'480.89.- francs valeur indexée 2012 sur une base de 41.6 h./sem., mais supérieur à celui de la branche de l'industrie textile qui lui est relativement proche (cf. supra 11.2.1), et que de toute façon on peut attendre de la recourante qu'elle envisage une activité rentrant dans celles du revenu médian 2010 indexé 2012.

11.3 Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS 2010 (table TA1) indexé 2012 (dernier indice connu). En l'occurrence les activités de substitution possibles s'inscrivent dans la détermination du revenu médian toutes branches confondues des femmes dans le secteur privé pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100%, soit 4'225.- francs pour 40 h./sem. et 4'394.- francs pour 41.6 h./sem. en 2010 (indice 2010 base 1939: 2579), indexé 2012 (indice: 2630) à 4'480.89 francs, sous déduction de 20% pour tenir compte de

l'âge de l'assurée née en 1961, de ses restrictions personnelles aux activités légères avec changements de positions sans manipulation et port de charges de plus de 15kg, de son inactivité professionnelle de longue durée depuis 1998, soit 3'584.71 francs et, pris en compte pour une activité à 80%, 2'867.77 francs. De nombreuses activités d'entre elles peuvent être exercées tenant compte des limitations fonctionnelles évoquées par l'OAIE, de sorte que ces activités sont adaptées à la situation de la recourante. De plus, la majeure partie des postes d'activités simples et répétitives, comme d'ailleurs aussi celles dans le nettoyage, ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale. Par ailleurs l'abattement de 20% appliqué par l'OAIE est correct.

11.4 En comparant le salaire avant invalidité indexé 2012 de 4'209.63.- francs par mois avec celui après invalidité de 2'867.77 francs, on obtient une perte de gain de 31.87% ($[4'209.63 - 2'867.77] : 4'209.63 \times 100$) arrondie à 32%. Ce taux n'ouvre pas le droit à un quart de rente.

11.5 Comme on l'a indiqué au consid. 5.2, on ne saurait supprimer une rente sans avoir au préalable examiné les possibilités de réadaptation dans le cas d'un assuré qui a touché cette rente durant de très nombreuses années et qui ne dispose plus de l'expérience professionnelle lui permettant de se réadapter par lui-même (arrêt du TF 9C_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). En l'espèce l'intéressée a été mise au bénéfice d'une rente entière pendant de nombreuses années mais l'activité professionnelle qui peut être attendue d'elle dans le nettoyage ou dans d'autres activités simples et répétitives ne demandent pas une formation particulière. Dès lors vu les faibles limitations fonctionnelles retenues, les nombreuses activités exercées par l'intéressée avec son compagnon et dans le cadre de ses activités sociales permettent de considérer qu'une reprise d'activité est exigible.

Vu ce qui précède le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

12.

12.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci devraient être mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Au bénéfice de l'assistance judiciaire elle en est cependant dispensée.

12.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

12.3 La recourante bénéficiant de l'assistance judiciaire complète selon la décision incidente du 5 juin 2013, il lui est alloué une indemnité de représentation pour les services de son mandataire de 2'500.- francs compte tenu de ses écritures et de la difficulté de la cause.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté et la décision entreprise est confirmée.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure ni alloué de dépens.

3.

Il est alloué une indemnité de représentation à la recourante, au bénéfice de l'assistance judiciaire, d'un montant de 2'500.- francs à la charge de la caisse du Tribunal de céans.

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 à Berne (recommandé)

L'indication des voies de droit figure sur la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, 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 :