



Cour III
C-2836/2008/jod
{T 0/2}

Arrêt du 17 août 2010

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège), Stefan Mesmer,
Francesco Parrino, juges,
David Jodry, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Me Jean Jacques Schwaab,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résident à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité ; décision du 11 mars 2008.

Faits :**A.**

A.a A._____, ressortissante portugaise, née le (...), mariée et mère d'un enfant, a effectué son école primaire au Portugal; elle travaille ensuite dans l'agriculture. Dès 1982, elle exerce une activité lucrative en Suisse, d'abord comme employée dans un buffet de gare, puis comme aide-soignante dans un EMS, ce jusqu'en novembre 1989. Le 22 décembre 1989, elle dépose une demande de prestations AI. A l'appui de sa demande sont notamment versés:

- le rapport médical du Dr B._____, neurochirurgien FMH, du 23 janvier 1990 (pce 4);
- des questionnaires pour l'employeur, des 5 février et 22 novembre 1990, et du 27 mars 1991 (pces 5, 11 et 13);
- la communication de remise d'un lombostat orthopédique, du 15 juin 1990 (pce 9; cf. aussi pce 6);
- les rapports intermédiaires du Dr B._____, du 15 octobre 1990 et du 18 avril 1991 (pces 10 et 14).

Apprenant par son ancien employeur que l'intéressée a débuté une activité de vendeuse (qu'elle poursuivra ensuite par celle de démonstratrice), désormais à 100%, et constatant qu'elle n'a aucun préjudice économique relevant, l'AI rend un projet de refus de rente le 13 août 1991 contre lequel l'intéressée ne se manifeste pas (pce 15ss).

A.b Le 13 février 1992, l'intéressée est renversée par une voiture. Elle est hospitalisée au CHUV du 13 au 14 février 1992, date à laquelle elle est transférée à l'hôpital orthopédique de la Suisse romande, où elle demeure jusqu'au 11 mars 1992 (cf. pce 18: lettre de sortie du 12 mars 1992). Sont alors notamment produits:

- le rapport médical initial LAA du Dr C._____, médecin assistant à l'hôpital orthopédique précité, du 30 mars 1992 (pce 20);
- le rapport médical intermédiaire du Dr C._____, du 17 août 1992 (pce 24);

- le rapport des Drs D._____, chef de clinique, et C._____, du 30 septembre 1992 (pce 25).

Le 17 décembre 1992, l'intéressée dépose une nouvelle demande de prestations AI (rente; pce 27). Lors de l'instruction de celle-ci, sont portés en cause:

- le rapport du Dr B._____, du 19 décembre 1992 (pce 29);
- le rapport du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 23 décembre 1992 (pce 30; cf. également pce 32: protocole opératoire du 6 janvier 1993);
- le rapport du Dr B._____, du 11 janvier 1993 (pce 33);
- le rapport du Dr E._____, du 12 janvier 1993 (pce 34);
- les questionnaires pour l'employeur, des 20 janvier et 2 avril 1993 (pces 38 et 43);
- le rapport médical du Dr E._____, du 1 mars 1993 (pce 41);
- la fiche de proposition AI, du 2 juin 1993 (pce 45);
- l'expertise du Centre médical d'observation de l'assurance invalidité (COMAI), Drs F._____ et G._____, du 10 février 1994 (pce 52; ci-après: expertise COMAI);
- le rapport médical du Dr B._____, du 25 avril 1994 (pce 60).

Par décision du 27 mai 1994 (pce 58), remplacée ultérieurement par celle du 25 août 1994 (pce 59), l'intéressée est mise au bénéfice d'une rente entière avec effet depuis le 1^{er} février 1993 (cf. aussi pces 54ss).

A.c Le 7 novembre 1994, les Drs H._____ et I._____, de la clinique de J._____, produisent un rapport sur le séjour de l'intéressée du 10 octobre au 2 novembre 1994 (pce 64). Le 11 novembre 1994, une procédure de révision débute (cf. pce 65). Sont alors produits:

- le rapport intermédiaire du Dr B._____, du 27 décembre 1994 (pce 66);

- le rapport du médecin précité, du 3 janvier 1995 (pce 67);
- le rapport de scintigraphie osseuse des Drs K._____ et L._____, du CHUV, du 2 juin 1995 (pce 72);
- l'expertise pour l'assurance-accident du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, du 4 décembre 1995 (pce 74; ci-après, expertise M._____);
- l'expertise pour l'assurance-accident du Dr N._____, du 12 avril 1996 (pce 75; ci-après: expertise N._____);
- la fiche d'examen AI, du 1^{er} mai et du 5 juin 1996 (pce 76);
- l'avis du Dr O._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, du 23 mai 1996 (pce 78; cf. également lettre du Dr Z._____, du 7 mai 1996, pce 77).

Par communication du 2 juillet 1996 (pce 79), l'AI indique à l'intéressée que son invalidité n'a pas subi de modification susceptible d'influencer son droit à la rente.

A.d En juillet 1997, une nouvelle procédure de révision débute. Sont alors produits:

- le questionnaire pour la révision de la rente, du 16 juillet 1997 (pce 89);
- le rapport du Dr B._____, du 24 juillet 1997 (pce 92).

Par communication du 31 juillet 1997, l'AI indique à l'intéressée que son invalidité n'a pas subi de modification susceptible d'influencer son droit à la rente (pce 94). Ensuite du départ de l'intéressée pour le Portugal fin juillet 1997, le dossier passe à l'OAIE (cf. pces 93 et 95).

A.e En juillet 1999, une nouvelle procédure de révision débute. Sont alors notamment déposés:

- le rapport du Dr P._____, neurologue, du 18 février 2000 (pce 104);

- un rapport médical de révision d'invalidité, du 15 février 2000 (pce 105);
- un questionnaire pour la révision de la rente, du 9 mars 2000 (pce 108).

Le 29 juin 2000, l'OAIE communique à l'intéressée que son degré d'invalidité n'a subi aucune modification (cf. pces 109s.). Un rapport du Dr Q._____, neuroradiologiste, du 26 décembre 2001 est produit ultérieurement (pce 112).

A.f En mai 2005 débute une nouvelle procédure de révision. Sont portés en cause, en particulier:

- une fiche manuscrite du Dr R._____, médecin physiothérapeute, du 4 août 2005, pour l'octroi de 20 séances (pce 120);
- le rapport manuscrit du Dr S._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, du 16 août 2005 (pce 106);
- les rapports du Dr T._____, neuroradiologiste, du 16 août 2005 (TAC de la colonne cervicale et de celle lombo-sacrée; pces 122);
- le rapport médical détaillé (formulaire E 213), Dr U._____, reçu par l'OAIE le 17 octobre 2005 (pce 123);
- un questionnaire pour la révision de rente, du 6 novembre 2005 (pce 125);
- un exposé de révision AI, du 19 décembre 2005 (pce 126);
- le rapport psychiatrique du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie, du 11 août 2006 (pce 132; ci-après: expertise Marques);
- la prise de position du service médical OAIE, Dr W._____, du 8 décembre 2006 (pce 134; cf. aussi diverses déterminations de l'OAIE, pces 135ss; également pces 142s.: paiement par l'assurance-accident d'une indemnité en 1996 pour atteinte à l'intégrité de 15%);
- un rapport manuscrit du Dr X._____, orthopédiste, du 8 octobre 2007 (pce 146).

Par décision du 14 novembre 2007 (pce 152), l'OAIE supprime la rente de l'intéressée avec effet au 1^{er} janvier 2008, faute d'avoir reçu les documents demandés à l'organisme de liaison portugais.

Sur la base, en particulier, de l'évaluation de l'invalidité (méthode générale) de l'OAIE du 14 décembre 2007 et du pv du rapport OAIE/médecin de la même date (pces 155s.), l'office rend un projet de décision le 22 janvier 2008. Selon celui-ci, il n'existe plus de droit à une rente après le 1^{er} janvier 2008, date à laquelle la rente fut supprimée faute d'obtention de la documentation médicale nécessaire à la révision de la rente (pce 157). Par courrier du 25 février 2008 (pce 162), l'intéressée envoie une copie du rapport du Dr X. _____ mentionné plus haut, pensant que ce document n'a pas été adressé à l'OAIE; elle demande s'il est suffisant pour la procédure de révision.

Par décision du 11 mars 2008 (pce 165), l'OAIE constate qu'il n'existe plus de droit à une rente après le 1^{er} janvier 2008, date à laquelle la rente fut supprimée dès lors que la documentation médicale nécessaire à la révision n'avait pas été produite.

B.

Le 10 avril 2008, Me Schwaab donne connaissance de la constitution de son mandat en faveur de l'intéressée (pce 170).

Le 30 avril 2008, l'intéressée recourt auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision du 11 mars 2008, concluant à son annulation et au maintien du droit à une rente entière. En substance, elle fait valoir que son état physique l'empêche d'exercer une quelconque activité et que ses proches craignent qu'un handicap survienne prochainement, qui l'empêcherait de se mouvoir autrement qu'en fauteuil roulant.

L'avance de frais demandée est versée à temps.

Le 19 juin 2008, l'OAIE reçoit sous la forme du formulaire E 213 le certificat du Dr U. _____, du 20 mai 2008 (pce 172).

C.

Dans sa réponse du 6 octobre 2008, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Pour l'office, en résumé, au vu de l'absence désormais de toute pathologie psychiatrique ou dépressive, et compte tenu encore du rapport orthopédique du Dr

X._____, du 8 octobre 2007, la situation actuelle est constitutive d'une amélioration notable de l'état de santé justifiant la reconnaissance d'une capacité résiduelle de travail dans des activités plus légères adaptées à l'état de santé de l'intéressée. Une telle activité pouvait être exercée à 80%, de sorte que la perte de gain de l'intéressée serait de 30%, soit un taux insuffisant pour lui donner droit à une rente. La recourante ne fait valoir aucun argument ni document justifiant de s'écarter de ce qui précède. En outre, le rapport médical sous formulaire E 213 (pce 172) n'apporte pas d'éléments nouveaux.

D.

Dans sa réplique du 13 novembre 2008, la recourante relève que la décision attaquée fut basée sur un dossier lacunaire, dès lors que firent en particulier défaut des indications fonctionnelles chiffrées. A cet égard, la recourante, malgré plusieurs requêtes, ne put jamais obtenir davantage de renseignements dûment chiffrés de la part des médecins la suivant actuellement. En revanche, dans son certificat du 20 mai 2008 (produit en annexe de la réplique; pce 173 dos. AI), le Dr Y._____, neurochirurgien, retient une incapacité totale et définitive de travail, en tous les cas pour tous les travaux impliquant une surcharge, soit dynamique, soit pondérale, de la colonne vertébrale. Enfin, dès lors que la décision d'octroi de rente se basait en particulier sur l'expertise COMAI du 10 février 1994, la suppression de rente ne saurait intervenir sans un nouvel examen par le COMAI, mesure que la recourante requiert expressément.

E.

Par duplique du 30 décembre 2008, l'OAIE réitère ses conclusions. Dans son rapport du 10 décembre 2008 (pce 174), le service médical de l'office a en effet retenu que la documentation médicale présentée ne contient aucun élément médical objectif susceptible de revenir sur l'appréciation globale faite, étant précisé que le dossier est suffisamment documenté, de sorte qu'une nouvelle expertise ne se justifie absolument pas.

Droit :

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), celui-ci, 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 l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif fédéral est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

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. Conformément à 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. En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). La recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA); elle a partant qualité pour recourir.

2.

La recourante peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517 consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

3.

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a al. 1 let. a LAI). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la

législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

5.

La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la LPGA 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 LAI indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. Les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

6.

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2008, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon une jurisprudence

constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités).

7.

Le litige porte sur la suppression, par la voie de la révision, de la rente entière allouée à l'intéressée.

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

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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). 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 de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les réf.; 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; 117 V 400, consid. 4b; THOMAS LOCHER, Die Schadenminderungspflicht im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, in Mélanges pour le 75^e anniversaire du TFA, p. 407 et ss., cf. aussi ALFRED MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II p. 377, ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im

staatlichen Leistungsrecht, th. Berne 1985, p. 131). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans cette mesure, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge ou un arrêt de travail prolongé ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois plus difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. RCC 1982 p. 34 consid. 2C; VSI 1999, p. 247 consid. 1 et réf.).

8.

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 (art. 28 al. 1 LAI, depuis la 4^{ème} révision; art. 28 al. 2 LAI, depuis la 5^{ème} révision).

9.

La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son

activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

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 réf. cit.). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

Au surplus, 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, *in*: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

10.

10.1 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. 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 le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

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 qu'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. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement.

11.

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 (ancien art. 41 LAI), 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. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.1). Une communication peut dans cette mesure valoir décision (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1). La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure toutefois réservée (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

12.

12.1 En l'espèce, le Tribunal retient que c'est la communication du 2 juillet 1996 (pce 79) qui tient lieu de dernière décision entrée en force

au sens rappelé ci-dessus. En effet, elle a clos une procédure de révision dans laquelle le droit à la rente de l'intéressée fut examiné de façon détaillée et complète (aspects somatique et psychique pris en compte). Tel ne fut pas le cas des procédures de révision suivantes ayant débuté en 1997, respectivement en 1999: l'aspect psychique de l'atteinte, déterminant (cf. infra), n'a notamment pas fait l'objet d'un examen détaillé – seuls sont mentionnés dans le rapport de révision du 15 février 2000, pce 105, des troubles psychiques provoqués par les douleurs, sans plus de précision quant à leur nature, leur intensité, voire même leur persistance encore au moment de l'examen (nulle mention dans la description de l'état actuel; on ignore aussi si l'auteur du rapport était psychiatre).

12.2 Dans son rapport du 27 décembre 1994 (pce 66), le Dr B._____, neurochirurgien et médecin traitant de l'intéressée, faisait état d'un status après polytraumatisme du 13 février 1992 avec: fracture par tassement du mur antérieur de L3 avec troubles neurologiques dans le dermatome de L3 à gauche; fracture non-déplacée du plateau tibial externe gauche; fracture de la branche ischio-pubienne droite et traumatisme vésical; status après opération du genou gauche le 27 janvier 1993; status après cure de hernies discales L4-L5 et L5-S1 gauches le 10 janvier 1990. La patiente émettait toujours les mêmes doléances après son séjour à la clinique J._____. Cliniquement, le praticien mentionnait une persistance d'un syndrome vertébral lombaire important et une mobilisation du genou gauche demeurant douloureuse. S'agissant de ce dernier, il convenait de s'adresser à un orthopédiste (cf. aussi rapport du 25 avril 1994, pce 60, où il indiquait n'avoir aucune proposition d'ordre neurochirurgical et renvoyait déjà à l'orthopédie). A cet égard, le Dr N._____, dans son rapport d'expertise du 12 avril 1996 (pce 75), mettait en avant l'évolution, depuis l'accident de 1992, vers un trouble de conversion hystérique recouvrant pratiquement tout le tableau des plaintes; s'il convenait de tenir compte des séquelles fonctionnelles et douloureuses concernant le rachis et le genou gauche (discret syndrome fibro-méningé lombaire inférieur, notamment; en revanche, la présence d'une algodystrophie est écartée [p. 2; cf. aussi expertise M._____, p. 17]), le praticien relevait toutefois à plusieurs reprises l'aspect mineur de celles-ci, avant de conclure que compte tenu des suites réelles de l'accident concernant les séquelles objectives, il ne subsistait pas d'incapacité de travail dans l'activité de vendeuse, mais que toutefois, en fonction de l'évolution psychologique l'intéressée

n'était pas à même de reprendre une quelconque activité professionnelle, sans qu'il s'agisse des suites de l'accident. L'atteinte à l'intégrité subsistant selon la LAA était de 5% s'agissant de la fracture-tassement mineure du plateau supérieur de L3 et d'une éventuelle traumatisation d'un état cicatriciel pré-existant au niveau L4/S1 (douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts); de 10% relativement au genou gauche, avec statut après fracture sans déplacement du plateau tibial externe et ostéotomie de varisation et de flexion du tibia avec plastie de suppléance du ligament croisé postérieur. Tout en écartant expressément toute simulation volontaire de la part de la patiente, le médecin ajoutait être défavorable à la poursuite d'un traitement médical (physique), qui ne pourrait qu'aggraver la somatisation. Le Dr N._____ rejoignait ainsi les conclusions de l'expertise Samitca. Le diagnostic posé par celle-ci était notamment le suivant: DSM-III-R: Axe I: troubles somatoformes douloureux (307.80), troubles de conversion (300.11); Axe II: traits de personnalité de type passif/agressif; grands besoins de passivité compensatoire; Axe V: importante dissociation entre la capacité médico-théorique de fonctionnement, et l'incapacité qu'elle affirme à fonctionner sur un plan ménager ou professionnel quelconque; selon le CIM 10 V F: Syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4; trouble dissociatif (de conversion) mixte F 44.7. Le médecin estimait que les troubles de la patiente étaient à 80% d'origine psychique (p. 22). Enfin, dans son analyse pour l'AI du 23 mai 1996 (pce 78), le Dr O._____ rejoint les conclusions du Dr M._____ quant au diagnostic (p. 2); il qualifie toutefois le trouble somatoforme douloureux de l'intéressée d'invalidant et estime qu'il justifie le maintien de la rente AI.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient que c'est avant tout du fait de l'atteinte psychique que l'AI a maintenu le droit à une rente entière pour l'intéressée dans sa dernière décision matérielle entrée en force (communication du 2 juillet 1996; cf. à cet égard aussi pce 137 *i.i* et pce 156). Dit autrement, il ressort du dossier que l'assurance a alors considéré, implicitement tout au moins, que la problématique psychique influençait de manière prépondérante la capacité de travail de l'intéressée, alors que la symptomatologie douloureuse paraissait jouer un rôle accessoire dans sa situation médicale.

Savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit donc être établi en comparant les faits tels qu'ils se présentaient alors et ceux qui ont existé jusqu'au 11 mars 2008, date de la décision objet du présent litige. Durant cette période soumise au pouvoir d'examen de l'autorité de céans, l'intéressée a indiqué n'avoir exercé aucune activité lucrative; l'éventuelle modification du taux d'invalidité devra être évaluée sur la base des données médicales obtenues (ATF 115 V 133, ATF 114 V 313s., ATF 105 V 159, ATF 98 V 173).

13.

13.1 Pour l'OAIE, la suppression de la rente se justifie d'abord du fait de l'amélioration consécutive à la disparition de toute pathologie psychiatrique relevante (cf. notamment réponse, p. 2, et duplique, avec les renvois aux pces y mentionnés). L'avocat de la recourante indique lui aussi qu'à ce jour, « les médecins considèrent que l'atteinte psychiatrique a effectivement complètement disparu (...) » (recours, p. 3; il ne conteste dans son recours et sa réplique que les allégués de l'OAIE relatifs à l'état somatique de sa cliente).

13.2 Le Tribunal de céans ne saurait cependant, en l'état, rejoindre les parties sur ce point. En effet, il a été rappelé plus haut les exigences que doit remplir un rapport médical pour avoir pleine valeur probante, et en particulier qu'il est essentiel qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et que la description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale soient claires (cf. supra, consid. 9 et ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.; également arrêt du Tribunal fédéral du 8 avril 2009 8C_924/2008 consid. 2.2 et 3.3). De plus, lorsque des plaintes somatiques sont également faites valoir, l'expert-psychiatre doit baser sa prise de position relative à la capacité de travail exigible sur l'ensemble de la documentation médicale, laquelle devra éclaircir préalablement l'importance des aspects somatiques (selon les circonstances, sur le plan rhumatologique, neurologique, orthopédique, interne); une prise de position d'ensemble relative à la capacité de travail sera à cet égard optimale si elle intervient dans le cadre d'une expertise multidisciplinaire après un *consilium* des experts à l'occasion duquel les résultats de chaque branche ont pu être discuté (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 13 juillet 2004 I 87/04 consid. 3).

En l'espèce, le contexte médical psychique ayant joué un rôle déterminant dans le maintien du droit à la rente en 1996, l'amélioration

objective de la situation sur ce plan aurait dû être suffisamment étayée, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. L'OAIE se base en effet à cet égard exclusivement sur l'expertise psychiatrique V._____ (pce 132), selon laquelle il n'existe en l'état actuel aucune pathologie psychiatrique susceptible d'être évaluée. Pour le Tribunal, cette expertise est toutefois trop sommaire, respectivement lacunaire pour que sa valeur probante soit suffisante ici. Le praticien V._____ indique en effet qu'outre ses observations, la seule source d'information dont il a disposé pour établir son rapport furent les indications données par l'intéressée elle-même, dont on ne saurait attendre qu'elle possédât les compétences appropriées pour rappeler et expliciter les diagnostics qui furent retenus quant à son atteinte psychique antérieurement, notamment. Ce d'autant moins que la perception qu'a eue la patiente de son état de santé n'apparaît pas être celle des médecins s'étant prononcés auparavant puisqu'elle semble ramener son atteinte psychique à une crise nerveuse dans les mois qui suivirent l'accident de 1992, crise qui se serait résorbée ensuite d'un traitement dont elle ne se souvient pas, d'une part, et qu'elle n'a jamais paru rattacher ses plaintes organiques à une affection (en tout ou de façon mixte) d'origine psychique et non purement somatique. C'est pourtant manifestement sur la base de ses seules indications que le Dr V._____ a retenu que la patiente a souffert d'un épisode dépressif sans symptôme psychotique, secondaire à des problèmes physiques et qui s'est entre-temps modéré et a connu une évolution favorable.

Dès lors que le Dr V._____ ne disposait pas de la documentation médicale figurant au dossier (anamnèse) et notamment ignorait les diagnostics posés précédemment, l'on ne saurait considérer qu'il a procédé à une comparaison des situations médicales déterminantes suffisante pour établir une amélioration objective de l'état de santé de l'intéressée du fait d'une évolution clinique favorable de la symptomatologie psychiatrique mise en évidence par les expertises précédentes et sur la base desquelles l'OAIE avait estimé justifié le maintien de la rente. Si le praticien pouvait, en soi, retenir un autre diagnostic (« épisode dépressif sans symptôme psychotique, secondaire à des problèmes physiques ») que ceux posés antérieurement, et relier une amélioration de l'état de santé à la disparition actuellement de cet épisode et à l'absence de toute autre atteinte psychique relevante, il devait cependant expliquer, motiver suffisamment pourquoi il s'écartait des diagnostics retenus par ses

prédécesseurs et démontrer de façon convaincante que ceux-ci ne sauraient en tout état de cause plus être posés actuellement. Tel ne pouvait être le cas ici, du fait notamment de l'ignorance de l'anamnèse de la patiente (y compris sur le plan somatique) dans laquelle il se trouvait.

Cela est d'autant plus insatisfaisant que pour le maintien de la rente en 1996 fut en particulier prise en compte l'existence d'un trouble somatoforme persistant. Or, ainsi que dit, il n'en est fait aucune mention dans le rapport V._____; le médecin se borne à conseiller que les plaintes organiques que lui a rapportées la patiente fassent l'objet d'une autre expertise. Il paraît ainsi évident qu'il n'a pas pu disposer d'une documentation relative à la problématique somatique (avec notamment la pose de diagnostics et des conclusions motivées quant à la capacité de travail), voire d'une discussion avec d'autres spécialistes, de sorte que l'on ignore sur quelle base il a pu exclure (implicitement) que ces plaintes fassent partie de la symptomatologie propre au trouble somatoforme et suggérer dès lors, indirectement, qu'elles relèveraient d'une atteinte somatique indépendante.

13.3 Au vu de ce qui précède, force est pour le Tribunal de constater qu'à défaut de reposer sur une évaluation médicale suffisamment étayée, les conclusions de l'OAIE relatives à une amélioration de l'état psychique de l'intéressée du fait de l'absence actuellement de toute atteinte sur ce plan apparaissent inexactes. Dites conclusions sont en effet basées sur le rapport du Dr V._____, analyse médicale incomplète et insuffisante à laquelle ne peut être attribuée une pleine valeur probante, qui plus est dans le cadre d'une révision.

14.

14.1 Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision attaquée sera annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire. Au vu des circonstances du cas d'espèce, cette solution s'impose malgré son caractère exceptionnel (cf. art. 61 PA); en effet, les informations manquantes sont indispensables à la résolution du cas.

14.2 Par conséquent, l'OAIE mettra en œuvre une expertise médicale en Suisse, par exemple auprès d'un service psychiatrique universitaire pour adultes en Suisse romande. Les experts se prononceront

notamment sur l'évolution et l'état actuel de la pathologie psychique de l'intéressée (comparaison circonstanciée des situations passée et actuelle); ils, respectivement l'OAIE, décideront aussi de l'opportunité de plus amples investigations dans d'autres domaines spécifiques en rapport avec toutes les pathologies présentes (éventuellement en rhumatologie, orthopédie, neurologie, etc.). Les examens complémentaires jugés utiles devront être programmés de sorte à pouvoir être effectués dans le cadre de l'expertise qui prendra alors ainsi un aspect pluridisciplinaire. Le dossier ainsi complété sera soumis au service médical de l'OAIE, lequel se prononcera sur le degré d'invalidité jusqu'à la date de la décision attaquée, et de cette date au moment de l'expertise, en tenant compte de toutes les limitations constatées tant dans la dernière activité exercée que dans d'éventuelles activités de substitution exigibles qu'il conviendra de définir avec précision. Ensuite, après la procédure d'audition, l'OAIE rendra une nouvelle décision.

14.3 Au vu de ce qui précède, la requête d'expertise judiciaire auprès du COMAI formulée dans la réplique peut être rejetée.

15.

Au vu de l'issue du présent recours, il ne sera pas perçu de frais de procédure (63 al. 1 et 2 PA; art. 6 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais versée sera retournée à la recourante dès l'entrée en force du présent arrêt.

Sur la base du dossier, de l'issue de la procédure, de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le mandataire de la recourante a dû y consacrer (minces recours et réplique), une indemnité totale de dépens de Fr. 1'200.- sera allouée à ce dernier, à charge de l'autorité intimée, en application de l'art. 64 PA et de l'art. 7 FITAF.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 11 mars 2008 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il complète l'instruction conformément au considérant 14.2 ci-dessus.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Dès l'entrée en force du présent arrêt, l'avance de frais de Fr. 400.- versée par la recourante lui sera retournée.

3.

Une indemnité de dépens de Fr. 1'200.- est allouée à la partie recourante à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (acte judiciaire; annexe: formulaire « adresse de paiement »)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...])
- à l'OFAS

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig

David Jodry

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :