



---

Cour III  
C-3625/2008  
{T 0/2}

## **Arrêt du 11 janvier 2010**

---

Composition

Vito Valenti (président du collège), Stefan Mesmer et Alberto Meuli, juges,  
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par Jean-Marie Agier, Intégration Handicap,  
place du Grand-Saint-Jean 1, 1003 Lausanne,  
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 5 mai 2008).

**Faits :****A.**

La ressortissante française A.\_\_\_\_\_ a travaillé en Suisse depuis 1981 comme frontalière en qualité d'aide-hospitalière dans différents foyers et hôpitaux, en dernier lieu à la maison de retraite B.\_\_\_\_\_ (doc 1; doc 7 p. 2-4; doc 17 p. 8). Le 9 août 1993, elle se blesse à l'épaule gauche en soulevant une patiente (doc 6 p. 2; doc 17 p. 3). Elle essaie par la suite de reprendre son activité professionnelle à temps partiel mais doit mettre un terme à cette tentative suite aux douleurs ressenties à l'épaule gauche (doc 6 p. 3, p. 7-9 et p. 24; doc 17 p. 3). Elle cesse d'exercer toute activité à partir du 24 décembre 1993 et, en date du 5 mai 1995, dépose une demande de prestations (doc 1) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI GE).

**B.**

Par décision du 12 mai 1998 (doc 22), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), se basant sur les données fournies par l'OAI GE (cf. acte de l'OAI GE du 17 décembre 1997 [doc 19 p. 1-2]), accorde à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 1994 fondée sur un degré d'invalidité de 80%. Cette décision se basait notamment sur la documentation suivante:

- différents rapports médicaux établis par le Dr C.\_\_\_\_\_ faisant notamment part d'une dilacération du tendon du biceps de l'épaule gauche (rapports des 12 août 1993 (doc 6 p. 2), 6 septembre 1993 (doc 6 p. 5), 1<sup>er</sup> octobre 1993 (doc 6 p. 6), 18 novembre 1993 (doc 6 p. 7), 14 décembre 1993 (doc 6 p. 8), 7 janvier 1994 (doc 6 p. 9), 5 et 21 avril 1994 (doc 6 p. 10 et 13), 5 mai 1994 (doc 6 p. 14), 30 septembre 1994 (doc 6 p. 17), 29 octobre 1994 (doc 6 p. 18), 5 et 27 janvier 1995 (doc 6 p. 19 et 21), 2 février 2005 (doc 6 p. 22), 19 septembre 1995 (doc 14 p. 4), 24 octobre 1995 (doc 14 p. 5), 8 décembre 1995 (doc 10 p. 1-2), 15 décembre 1995 (doc 14 p. 7), 25 janvier 2006 (doc 14 p. 9), 28 mars 1996 (doc 14 p. 10), 23 mai 1996 (doc 14 p. 11), 7 août 1996 (doc 14 p. 15), 3 octobre 1996 (doc 14 p. 19), 17 janvier 1997 (doc 15 p. 1-2); selon la feuille-accident LAA signée par ce médecin, la courante a été mise en arrêt de travail à 100% du 9 août 1993 au 12 septembre 1993, à 50% du 13 au 29 septembre 1993, à 100% du 30 septembre au 3

novembre 1993, à 50% du 4 au 7 novembre 1993, à 100% du 8 novembre 1993 au 19 décembre 1993, à 50% du 20 au 23 décembre 1993 et à 100% pour une durée indéterminée à partir du 24 décembre 1993 (doc 6 p. 3);

- un compte rendu opératoire du 12 avril 1994 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_ suite à une arthroscopie (doc 6 p. 11),
- un rapport médical du 14 avril 1994 signé par les Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ faisant part de lésions érosives au niveau du cartilage de la tête humérale, d'une lésion de Bankart avec désinsertion du bourrelet glénoïdien, d'une déchirure du ligament gléno-huméral inférieur (doc 6 p. 12);
- différents rapports médicaux établis par le Dr E.\_\_\_\_\_ faisant notamment part d'une instabilité antérieure de l'épaule gauche et signalant que l'assurée a bénéficié d'une stabilisation d'épaule le 20 juin 1994 (rapports des 3 juin 1994 [doc 6 p. 15], 29 septembre 1994 [doc 6 p. 16], 16 mars 1995 [doc 6 p. 20], 17 octobre 1995 [doc 9 p. 1-2], 2 novembre 1995 [doc 14 p. 6], janvier 1996 [doc 14 p. 8], 8 août 1996 [doc 14 p. 16], 9 octobre 1996 [doc 14 p. 18], 17 octobre 1996 [doc 14 p. 20], 18 octobre 1996 [doc 14 p. 22]); selon ce médecin, l'assurée présente une incapacité de travail totale dans la profession d'aide-hospitalière;
- un rapport médical du 22 avril 1995 signé par le Dr G.\_\_\_\_\_ (doc 6 p. 24-25);
- un rapport médical du 18 septembre 1996 signé par le Dr H.\_\_\_\_\_ (doc 14 p. 17);
- deux rapports neurologiques des 7 juin et 8 octobre 1996 signés par le Dr I.\_\_\_\_\_ (doc 14 p. 12-14 et p. 21);
- une expertise du 17 juillet 1997 effectuée par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et chirurgie, sur mandat de la Genevoise-Assurances (doc 17 p. 2-18); l'expert pose le diagnostic de déchirure du bourrelet glénoïdien antérieur et du ligament gléno-huméral antérieur et inférieur; confirmant les incapacités de travail retenues par les Drs C.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ (doc 17 p. 15 n° 3), il constate que, dès septembre-

octobre 1994, l'assurée se plaint, hormis les douleurs à l'épaule gauche, d'affections au coude et à la main gauches (doc 17 p. 8-9); il retient que ces nouvelles atteintes sont étrangères au traumatisme d'août 1993 et entrent pour 50% dans la diminution de capacité de gain de l'assurée (doc 17 p. 15-16);

- une décision du 27 novembre 1997 rendue par la Genevoise-Assurances retenant, entre autres, que l'assurée présente une incapacité de travail totale mais que seulement 50% de cette incapacité sont dûs à l'accident du 9 août 1993 (doc 18 p. 2-4);
- une note de l'OAI GE du 17 décembre 1997 non signée et portant les initiales [...] (doc 20 p. 1); selon ce document, l'Assurance-invalidité peut notamment s'éloigner du taux d'invalidité de 50% reconnu par l'assurance-accident, étant donné que cette dernière n'a pas reconnu la totalité du handicap; par ailleurs, il est indiqué qu'aucun reclassement de l'intéressée n'est plausible.

### **C.**

Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente mise en oeuvre le 10 juin 2004 (doc 49 p. 2), l'OAI GE verse les pièces suivantes au dossier:

- un arrêt du Tribunal administratif du canton de Genève du 23 juillet 2003 (doc 30) rendu après que l'assurée ait fait opposition à la décision susmentionnée du 27 novembre 1997 de la Genevoise-Assurances; cet arrêt se réfère à une expertise judiciaire du 12 septembre 2002 et un rapport complémentaire du 28 avril 2003 réalisés par les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_; relevant que les affections au coude et à la main gauches de l'assurée ne peuvent pas être considérées séparément des problèmes de l'épaule, les experts concluent qu'une activité d'aide-hospitalière n'est plus exigible de la part de l'intéressée mais que, par contre, dans toute autre activité ne nécessitant pas de force, de mouvements répétitifs ou une grande précision dans les gestes, l'assurée présente une capacité de travail d'au moins 50% voire même de 100% pour une activité telle que celle de réceptionniste;

- un questionnaire pour la révision de la rente daté du 20 juin 2004 dans lequel l'assurée indique que son état de santé s'est aggravé depuis 2002 (doc 29);
- un rapport médical du 2 août 2004 signé par le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste (doc 31).

#### **D.**

**D.a** Par acte du 19 octobre 2004 (doc 33 p. 1), l'OAI GE demande au SMR N.\_\_\_\_\_ de se prononcer sur l'état de santé de l'assurée, notamment quant à l'aggravation des affections alléguées.

**D.b** Sur requête du SMR (demande de la Dresse O.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2005 [doc 36 p. 1]), l'administration, par courrier du 22 février 2005 (doc 37), prie la Genevoise-Assurances de produire tous les documents postérieurs au jugement susmentionné du 23 juillet 2003. Celle dernière fait parvenir à l'OAI GE une décision du 11 novembre 2003, dans laquelle elle procède à une comparaison des revenus et retient que l'intéressée présente un taux d'invalidité de 26% (doc 38 p. 3-7). Par acte du 16 mars 2005 (doc 39), ce document est transmis au SMR N.\_\_\_\_\_ en complément du dossier.

**D.c** Dans sa prise de position du 8 avril 2005 (doc 41), la Dresse O.\_\_\_\_\_ relève que, au vu des nouvelles pièces versées au dossier, l'assurée présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que réceptionniste depuis au moins septembre 2002. Elle précise que, sur le plan médical, il n'y a aucune raison de s'écarter du degré d'invalidité de 26% retenu dans la décision de l'assurance-accident du 11 novembre 2003.

#### **E.**

**E.a** Sur ces bases, l'OAI GE effectue, par acte du 16 mai 2006 (doc 46 p. 2-3), une évaluation de l'invalidité de l'intéressée en s'appuyant sur l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses en 2002 (cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>). Pour déterminer le salaire sans invalidité il se fonde sur le tableau TA7 (secteur privé et public [Confédération] ensemble) 2002 et prend comme référence le revenu moyen d'une salariée exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur "activités médicales,

sociales et dans le domaine des soins", soit Fr. 4'420.- par mois (pour un horaire de 40 h./sem.) et Fr. 53'040.- par année.

**E.b** S'agissant du salaire de comparaison avec invalidité, l'OAIE se base sur le tableau TA1 (secteur privé) de l'année 2002 et prend comme référence le revenu moyen total de la rubrique femmes pour des activités simples et répétitives (cf. TA 1 niveau de qualification 4), à savoir Fr. 3'820.- pour 40 h./sem. et Fr. 3'982.- pour 41.7 h./sem. (temps de travail usuel en 2002 selon l'Office fédéral de la statistique). Il retient ainsi un salaire annuel de Fr. 47'788.- (3'982 x 12) auquel il opère une réduction de 15% pour tenir compte des motifs personnels et professionnels. Le salaire annuel sans invalidité se monte ainsi à Fr. 40'620.-.

**E.c** Partant, l'office compare un salaire mensuel sans invalidité de Fr. 53'040.- à un salaire avec invalidité de Fr. 40'620.-. L'intéressée présente ainsi une perte de gain de 23.4% ( $\frac{53'040 - 40'620}{53'040} \times 100$ ).

#### **F.**

Par projet de décision du 5 octobre 2006 (doc 49), l'OAI GE informe l'intéressée qu'il entend supprimer sa rente d'invalidité. Selon lui, il ressort des documents produits dans le cadre de la procédure de révision que son état de santé s'est amélioré depuis septembre 2002 et qu'elle présente une pleine capacité de travail dans un poste parfaitement adapté à ses affections. Dans ce contexte, une comparaison des revenus effectuée par acte du 16 mai 2006 ferait apparaître un degré d'invalidité de 23 % ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

#### **G.**

**G.a** Par conversation téléphonique du 23 octobre 2006 (doc 51 [note interne]) et acte daté du 31 octobre 2006 (doc 52 p. 1), l'intéressée, représentée par Maître J.-M. Agier, fait part de son désaccord quant au projet de décision du 5 octobre 2006, demande que le dossier complet lui soit envoyé et requiert un délai supplémentaire de 30 jours pour l'exercice du droit d'être entendu. Par acte du 6 novembre 2006 (doc 53), l'OAI GE accorde à l'intéressée un délai jusqu' au 7 décembre 2006 pour déposer ses observations.

**G.b** Par acte du 7 décembre 2006 (doc 56 p. 1), l'assurée signale à l'administration que la prise de position du SMR N. \_\_\_\_\_ datée du 8 avril 2005 ne figure pas dossier. Elle requiert que ce document lui soit transmis et qu'un nouveau délai de 30 jours lui soit accordé pour déposer ses objections. Par acte du 11 décembre 2006 (doc 57), l'OAI GE accorde à l'intéressée un délai jusqu'au 8 janvier 2007 pour déposer ses observations.

**G.c** Par acte du 8 janvier 2007 (doc 59), l'intéressée fait part de ses objections quant au projet de décision du 5 octobre 2006. Constatant que l'administration fait valoir un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA, elle allègue qu'aucune amélioration de son état de santé n'est intervenue depuis le 12 mai 1998. Par ailleurs, il serait selon elle erroné de se baser dans cette affaire sur les actes rendus par l'assurance-accident, étant donné que, à l'époque, l'assurance-invalidité avait pris en compte d'autres troubles de santé que ceux dont pouvait répondre la Genevoise-Assurances selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20).

#### **H.**

Par acte du 13 juillet 2007 (doc 62), l'OAIE fait parvenir à l'OAI GE un rapport médical E 213 du 25 juin 2007 pour compétence (doc 63).

#### **I.**

Par décision du 5 mai 2008 (doc 65), l'OAIE supprime la rente de l'intéressée au premier jour du deuxième mois suivant la notification dudit acte. Reconnaisant l'absence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA, il est toutefois d'avis que l'octroi d'une rente entière d'invalidité par décision du 12 mai 1998 était manifestement erroné au sens de l'art. 53 al. 2 LPGGA. En effet, selon lui, c'est à juste titre que les organes de l'assurances-invalidité ont initialement tenu compte de l'ensemble des atteintes consécutives à l'accident de l'intéressée en août 1993, ce que l'arrêt du Tribunal administratif du canton de Genève du 23 juillet 2003 a démontré a posteriori. Par contre, ils ont agi de manière précipitée et erronée en fixant un degré d'invalidité de 80% pour une raison non expliquée au dossier, et en décidant de ne pas prendre en considération la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ainsi que des possibilités de réadaptation avant de statuer sur le droit à une rente entière. En effet, les éléments médicaux présents au dossier antérieurement à la décision de mai 1998 faisaient déjà état d'une capacité de travail résiduelle complète

dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, ce qui a été par la suite confirmé par le rapport d'expertise du 12 septembre 2002 et son complément du 28 avril 2003. Dans ces conditions, et étant donné que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire depuis l'évaluation initiale en 1998, il y a donc lieu de reconsidérer la décision du 12 mai 1998. Prenant comme référence l'année 1997 pour effectuer la comparaison des revenus, il conclut que l'intéressée présente un degré d'invalidité de 26%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

#### **J.**

Par acte du 3 juin 2008 (pce TAF 1 p. 2), l'intéressée interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée en alléguant que les conditions pour reconsidérer une décision ne sont pas remplies en l'espèce et demande à être dispensée de toute avance de frais vu ses ressources limitées. Elle joint à son mémoire les documents suivants:

- un rapport médical du 26 mai 2008 signé par la Dresse P.\_\_\_\_\_;
- un rapport médical du 28 mai 2008 signé par le Dr Q.\_\_\_\_\_;
- un rapport médical du 28 mai 2008 signé par le Dr R.\_\_\_\_\_.

Selon la recourante, il convient de tenir compte que, il y a une dizaine d'années, les offices de l'assurance-invalidité avaient pour habitude de rendre les décisions positives d'octroi de rentes entières sur la base d'une motivation succincte. Dans ce contexte, la note brève mais claire de l'OAI GE du 17 décembre 1997 tend à prouver que l'instruction menée à l'époque de la décision initiale n'était pas lacunaire et que la décision avait été mûrement réfléchie. En effet, dans cet acte, l'administration manifeste sa volonté de se distancer de la décision de l'assurance-accident et indique qu'aucun reclassement de l'intéressée n'est plausible.

#### **K.**

Par ordonnance du 9 juin 2008 (pce TAF 3), la recourante est invitée à remplir le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" et à le retourner jusqu'au 18 août 2008. Les documents requis sont transmis au Tribunal de céans par courrier du 18 août 2008 (pce TAF 4).

**L.**

**L.a** Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans préavis du 27 août 2008 (pce TAF 5), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se référant à la prise de position de l'OAI GE du 25 août 2008. Reprenant les arguments développés dans l'acte entrepris, l'administration cantonale fait valoir que la décision d'octroi de rente du 12 mai 1998 présentait un caractère indubitablement incorrect, étant donné que, à l'époque, le taux d'invalidité n'avait pas été déterminé à satisfaction de droit. Par ailleurs, elle est d'avis que les certificats médicaux succincts produits en annexe au mémoire de recours ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas.

**L.b** La recourante confirme ses conclusions dans sa réplique du 12 octobre 2008 (pce TAF 8). Cette dernière est envoyée pour connaissance à l'autorité inférieure par ordonnance du 17 octobre 2008 (pce TAF 9).

**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'OAI.

**1.2** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI (version identique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008) mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> 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), le recours est recevable.

## **2.**

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<sup>er</sup> 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, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). 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).

## **3.**

Les disposition de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Selon un principe général de droit transitoire, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Par conséquent, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2007 et en fonction de la nouvelle réglementation légale à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Restent réservées les règles spécifiques en cas de reconsidération de décisions entrées en force de chose jugée (cf. supra consid. 7.1).

## **4.**

**4.1** 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 art. 4 al. 1 LAI [version identique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008]). 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).

**4.2** 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Il est le lieu de préciser que, avant l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66<sup>2</sup>/<sub>3</sub>% au moins, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003).

**4.3** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI (version identique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008) est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 256 consid.

4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

## 5.

**5.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

**5.2** Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du

Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

## 6.

**6.1** 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 351 consid. 3a et les références).

**6.2** 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 cons. 3b/aa; 118 V 290 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. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

## 7.

En l'espèce, l'administration a admis qu'il n'y a pas matière à réviser la rente selon l'art. 17 LPGa. Est seul litigieux le point de savoir si les conditions pour procéder à une reconsidération de la décision d'octroi de rente du 12 mai 1998 au sens de l'art. 53 al. 2 LPGa sont remplies.

**7.1** Selon cette disposition et la jurisprudence y relative (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références), l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement de fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance notable.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée. Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_960/2008 du 6 mars 2009 consid. 4.2; 9C\_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 5.3; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 5). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral I 790/01 du 13 août 2003, consid. 3).

**7.2** Le cas échéant, une fois constaté le caractère manifestement erroné de la décision initiale dans son ensemble, l'autorité qui est appelée à statuer doit également examiner si le recourant a encore droit à des prestations de l'assurances-invalidité au moment déterminant. Cela implique dès lors que l'administration, lorsqu'elle envisage de reconsidérer une décision, doit procéder à un double examen. En premier lieu, elle doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. Si elle répond affirmativement à cette question, elle doit alors examiner la situation existant au moment où elle rend sa décision, de façon à pouvoir

rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.3).

#### 8.

En l'occurrence, il s'agit d'examiner si l'octroi à la recourante d'une rente entière d'invalidité par décision du 12 mai 1998 était manifestement erroné.

Dans un rapport du 22 avril 1995 (doc 6 p. 24-25), le Dr G.\_\_\_\_\_ relève que l'assurée ne peut certainement plus exercer sa précédente activité d'aide-infirmière vu son atteinte à l'épaule gauche. Il précise toutefois que, après une rééducation adéquate, l'assurée serait peut-être apte à travailler dans une institution hospitalière pour l'accueil, la comptabilité ou le téléphone. Le Dr E.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 17 octobre 1995 (doc 9 p. 1-2), confirme que l'assurée ne peut plus exercer sa profession habituelle et relève qu'il faudrait éventuellement discuter d'une reconversion dans un métier où l'intéressée n'aurait pas à faire un usage physique excessif de son bras gauche. Dans un rapport du 18 octobre 1996 (doc 14 p. 22 n° 4), il indique que la longue évolution et la persévérance de douleurs rendent la reprise d'une activité professionnelle improbable. Le Dr C.\_\_\_\_\_ estime quant à lui qu'une activité de substitution n'exigeant pas des efforts avec le bras gauche est exigible de la part de l'assurée (rapport du 8 décembre 1995 [doc 10 p. 1 n° 1.6]). Dans un rapport du 17 janvier 1997, il atteste que l'état de santé de la recourante est stabilisé et qu'une réadaptation professionnelle peut être envisagée (doc 15 p. 1 n° 1.6 et p. 2 n° 4). Pour sa part, le Dr J.\_\_\_\_\_, dans l'expertise du 17 juillet 1997, se réfère aux appréciations des Drs. C.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ selon lesquelles l'assurée pourrait exercer une activité adaptée pour juger de la capacité de travail de la recourante. Il précise n'avoir aucun commentaire à faire sur ces prises de position détaillées auxquelles il se rallie (doc 17 p.15 n° 3).

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'instruction des faits au moment où la décision entreprise a été rendue était manifestement insuffisante pour se prononcer sur le droit de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité (cf. supra consid. 5.1). En effet, rien aux actes de la cause ne permettait de conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée ne pût pas exercer une activité adaptée. Bien plutôt, tous les médecins ayant donné leur opinion en la matière avaient retenu que l'exercice d'une activité de

substitution était envisageable après réadaptation professionnelle. Certes, le Dr E.\_\_\_\_\_, dans son rapport succinct du 18 octobre 1996, semble émettre un avis moins favorable à ce sujet (doc 14 p. 22 n° 4). Cette appréciation – qui par ailleurs reste vague (on ne sait notamment pas dans quelle mesure le Dr E.\_\_\_\_\_ se réfère à des motifs d'ordre extra-médical), très succincte et se trouve en contradiction avec l'avis de ce même médecin rendu le 17 octobre 1995 – n'a cependant pas été confirmée par les Drs. C.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ et ne pouvait ainsi pas être déterminante en soi. Il s'ensuit que l'administration n'a manifestement pas recueilli les informations dont elle avait besoin pour se prononcer et a de surcroît enfreint le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente.

En outre, et quoiqu'en dise la recourante, le fait que l'administration, dans la note précitée du 17 décembre 1997, ait manifesté son intention de ne pas suivre les conclusions de l'assurance-accident quant au degré d'invalidité à retenir ne permet en aucun cas de conclure à une instruction suffisante de la part de l'administration avant la prise de la décision du 12 mai 1998.

Pour le surplus, on relève que l'OAI GE, par acte du 17 décembre 1997 à l'attention de l'OAIE (doc 19 p. 2), a estimé que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 80%. Or, rien au dossier ne permet de comprendre comment les organes de l'assurance-invalidité ont pu conclure à un tel taux (cf. notamment la documentation médicale susmentionnée [consid. 8, 2<sup>ème</sup> paragraphe] et les observations de l'administration dans le mandat au SMR du 19 octobre 2004 [doc 33 p. 1]), ce qui tend à nouveau à démontrer que la décision du 12 mai 1998 a été rendue de manière clairement précipitée et inexacte.

A la lumière de ce qui précède, la décision d'octroi de rente du 12 mai 1998 apparaît manifestement erronée au sens de la jurisprudence précitée.

## **9.**

Il reste à déterminer si les actes de la cause sont suffisants pour juger valablement de la présente affaire. L'autorité inférieure se fonde essentiellement sur l'expertise du 12 septembre 2002 effectuée par les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ et à son complément du 28 avril 2003. On note que ce document n'a pas été versé au dossier. Les conclusions principales de cette expertise sont toutefois retranscrites dans le jugement du 23 juillet 2003 rendu par le Tribunal administratif

du canton de Genève (doc 30). Pour le reste, l'administration n'a pas jugé utile de procéder à un complément d'instruction. Dans la décision entreprise, elle se limite à indiquer que l'état de santé de l'assurée est resté stationnaire depuis 1997 (doc 65 p. 4) et, dans sa réponse au recours du 25 août 2008 (pce TAF 5), elle indique que les certificats médicaux succincts produits par la recourante ne lui permettent pas de faire une appréciation différente du cas. Pour les raisons exposées ci-après, il appert que cette manière de procéder était contraire au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. supra consid. 5) et à l'obligation de l'administration de motiver ses décisions.

En effet, on remarque que la recourante fait valoir une aggravation de son état de santé (questionnaire pour la révision de la rente daté du 20 juin 2004 [doc 29 p. 1 n° 1.2]), ce que confirme le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste (rapport du 2 août 2004 [doc 31 p. 2 n° C.1]). En outre, par acte du 13 juillet 2007 (doc 62 p. 1), l'OAIE a transmis pour compétence à l'OAI GE un rapport médical E 213 du 25 juin 2007 (doc 63 p. 1-8). Selon ce document, l'assurée souffre de rhumatisme articulaire aigu, de périarthrite scapulo-humérale, de dorsalgies, de dyspnée d'effort ainsi que d'un syndrome dépressif (doc 63 p. 2 et 5); il est par ailleurs précisé qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est susceptible d'améliorer la capacité de travail de l'assurée (doc 63 p. 7 n° 11.12). On observe que ce rapport contient 12 pages et que les pages 7 à 10 prenant position sur la capacité de travail de l'assurée ne figurent pas au dossier. En procédure de recours, la recourante a par ailleurs produit un rapport médical du 28 mai 2008 établi par le Dr Q.\_\_\_\_\_, diplômé d'immuno-allergologie et d'ultrasonologie, attestant que la recourante est dans l'incapacité physique d'exercer une activité professionnelle (pce TAF 1 p. 13), un rapport du 28 mai 2008 établi par le Dr R.\_\_\_\_\_, rhumatologue, certifiant que la recourante souffre d'un rhumatisme inflammatoire la rendant inapte au travail (pce TAF 1 p. 14) et un rapport médical du 26 mai 2008 établi par la Dresse P.\_\_\_\_\_ attestant que l'assurée est atteinte de diabète de type 2 (pce TAF 1 p. 15). Il convient de prendre en considération ces documents, étant donné qu'ils apparaissent utiles pour juger de l'état de santé de la recourante avant le prononcé de l'acte litigieux (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b; ATF 99 V 98 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 856/02 du 24 décembre 2003 consid. 2.3).

La documentation médicale susmentionnée est de nature à semer un doute important quant au point de savoir si l'état de santé de la recourante n'a pas connu une détérioration notable depuis l'expertise du 12 septembre 2002. Il s'ensuit que l'administration aurait dû investiguer davantage avant de se prononcer et, dans l'acte entrepris, prendre position sur l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assurée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_546/2007 consid. 5.1; ATF 112 Ia 107, consid. 2b concernant l'obligation de motiver les décisions).

Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours et, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'administration pour instruction complémentaire. L'autorité inférieure veillera à effectuer toutes les démarches nécessaires permettant de juger valablement de la capacité de travail de la recourante. Pour se faire, elle versera notamment au dossier l'expertise médicale du 12 septembre 2003 effectuée par les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ et son complément du 28 avril 2003 ainsi qu'une version complète du rapport E 213 du 25 juin 2007, puis elle mettra en oeuvre la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'administration. Enfin, une nouvelle décision sera prise, étant précisé que l'administration, dans la comparaison des revenus effectuée par acte du 16 mai 2006 (doc 46 p. 3), a agi contrairement au droit en déterminant le revenu de valide sur la base du tableau TA7 (cf arrêt du Tribunal fédéral I 471/04 consid. 3.5 et les références) et que, en l'espèce, il convient de prendre en compte la jurisprudence spécifique concernant les assurés présentant un âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_471/2007 du 21 février 2008 consid. 5.2).

## **10.**

**10.1** La recourante ayant eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

**10.2** La recourante ayant agi en étant représentée, il lui est alloué une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

**10.3** Eu égard à ce ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet.

(le dispositif se trouve à la page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 5 mai 2008 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Un montant de Fr. 2'500.- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

La demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet.

**5.**

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.

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 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 :