



Cour III
C-4561/2012

Arrêt du 23 octobre 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Daniel Stufetti, Stefan Mesmer, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Karin Baertschi,
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 3 juillet 2012).

Faits :**A.**

A._____, née le (...) 1961, de nationalité française, a travaillé dans des restaurants en Suisse de 1990 à 2003 et cotisé à l'AVS/AI suisse (AI pce 7).

B.

Le 13 mars 2003, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité étant en arrêt de travail depuis le 2 mai 2002 suite à une blessure au poignet droit (AI pce 2). Le 21 février 2005, elle s'est soumise à une expertise rhumatologique auprès du Prof. B._____ du Centre hospitalier C._____ qui a estimé que toute activité sollicitant peu le bras droit était exigible 7 heures par jour avec une baisse de rendement de 20 % au début de la prise d'activité et à réévaluer par la suite (AI pce 45). Le 15 mars 2005, sur demande de la caisse maladie, l'assurée a été expertisée par le Centre multidisciplinaire de la Douleur à D._____ qui a considéré qu'elle pourrait reprendre à 100 % une activité adaptée à son handicap (AI pce 51). Une expertise psychiatrique a encore eu lieu les 20 et 26 juin 2006 aux Hôpitaux universitaires de E._____, dont les experts ont estimé que l'assurée présentait une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique (AI pce 58).

C.

Par décision du 10 mai 2007, l'OAIE a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2003 sur la base d'un degré d'invalidité de 42 % ainsi qu'une rente pour enfant (AI pce 79). Le recours contre cette décision interjeté par l'assurée auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal) a été reconnu irrecevable, faute de versement de l'avance de frais dans le délai imparti (arrêt du 18 décembre 2007 C-3965/2007, AI pce 86).

D.

En octobre 2009, l'Office AI a clôturé le mandat d'aide au placement qui était resté sans succès (AI pce 112).

E.

Le 16 février 2010, l'assurée a présenté une demande d'augmentation de la rente. Elle a argué qu'elle présentait une arthrose de l'épaule et une arthrose dégénérative du rachis avec conflit de la racine C7 gauche (AI pce 115). Dans son rapport médical du 7 avril 2010, le Dr F._____, médecin répondant, a indiqué que l'état de santé s'était aggravé après l'accident de 2002 avec l'apparition d'arthrose de l'épaule gauche et tendinopathie

du sus-épineux ainsi que d'arthrose dégénérative du rachis cervical. Il a estimé que l'assurée pourrait travailler à 50 % dans un poste adapté (AI pce 125). Dans sa prise de position du 20 juillet 2010, le Dr G. _____ du service médical régional AI (SMR) a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé puisque les médecins traitants avaient déjà estimé la capacité de travail à 50 % en 2007 (AI pce 132).

F.

Par projet du 25 octobre 2010, l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter la demande d'augmentation de rente (AI pce 135). Le 25 novembre 2010, l'assurée a présenté des objections et joint un certificat du Dr F. _____ du 23 novembre 2010 selon lequel elle souffrait toujours des suites de l'accident de son poignet droit du 2 mai 2002 (AI pce 139).

G.

L'OAI-GE a soumis l'assurée à une expertise rhumatologique auprès du Dr H. _____, FMH rhumatologie et médecine interne, le 21 novembre 2011. Dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2011, le Dr H. _____ a retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: cervico-brachialgies droites chroniques, troubles disco-dégénératifs modérés du rachis cervical, status après traumatisme du poignet droit le 1^{er} juillet 1997 et le 2 mai 2002, status après arthroscopie exploratrice, nettoyage partiel du compartiment radio-ulno-carpien et ré-insertion radiale du ligament triangulaire du poignet droit le 14 août 2002. Il a, par contre, considéré que les lombo-pseudo-sciatalgies chroniques n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Alors que le Dr H. _____ a considéré que l'ancienne activité de dame de cafétéria n'était plus exigible, il a estimé que l'assurée présentait depuis fin 2002 une capacité de travail de 80 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, pas de ports de charge supérieure à 5 kg de manière répétitive avec le membre supérieur droit, pas de mouvements répétitifs et de force impliquant le membre supérieur droit, pas de travaux de force et minutieux impliquant la main droite) en précisant que la capacité de travail de 80 % tenait compte de la diminution de rendement qui restait liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le membre supérieur droit et la nuque ainsi que la prise éventuelle de pauses supplémentaires (AI pce 150).

H.

Par décision du 3 juillet 2012 (AI pce 161), l'OAIE a rejeté la demande d'augmentation de la rente et confirmé le droit à un quart de rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 42 %.

I.

Contre cette décision, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle a demandé la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % et qu'une nouvelle expertise rhumatologique soit ordonnée (TAF pce 1).

J.

Dans sa réponse au recours du 29 octobre 2012, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a renvoyé à la prise de position de l'OAI-GE du 23 octobre 2012 qui a estimé que l'avis du Dr H. _____ primait sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation qui étaient susceptibles d'être influencées par le comportement de l'assurée. En l'absence d'objectivation d'une détérioration de l'état de santé, il y avait lieu de constater que le taux d'invalidité était demeuré inchangé depuis la décision d'octroi initial de la rente (TAF pce 3).

K.

Par réplique du 28 novembre 2012 (TAF pce 5), l'assurée a réitéré ses arguments, en particulier qu'une nouvelle expertise rhumatologique était nécessaire.

L.

Dans sa duplique du 20 février 2013 (TAF pce 9), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a renvoyé à la prise de position de l'OAI-GE du 14 février 2013 qui relève que la recourante n'a apporté aucun élément ayant été ignoré par le Dr H. _____.

M.

L'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de 400 francs le 13 mars 2013 (TAF pce 12).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par

l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.2 En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers et l'OAIE notifie les décisions. L'OAI-GE a ainsi enregistré et instruit la demande, dont la décision qui s'ensuit, notifiée par l'OAIE conformément à la disposition précitée, a été déférée devant le Tribunal de céans.

1.3 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA, dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.4 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

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

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique déve-

loppée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER / MARTIN BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3e éd., Zurich 2013, n. 688).

3.

3.1 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

3.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009

(JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

3.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. L'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 prévoyait une disposition analogue.

3.4 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.5 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). 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. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit

reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (pro rata temporis; ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Considérant la décision entreprise du 3 juillet 2012, les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012. Toutefois les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive qu'il y soit fait référence. Il sied toutefois de noter que les principes légaux et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification déterminante dans le cas d'espèce avec l'introduction du nouveau droit.

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. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%

au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI), mais, suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. art. 29 al. 4 LAI n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

6.

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

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

6.3 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

6.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.

7.1 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.

7.2 La procédure de révision initiée d'office par l'administration est distincte de la procédure de révision initiée par l'assuré. En application de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3).

7.3 Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

7.4 Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente ou de son octroi ou encore de sa reconduction précédée d'une révision matérielle du droit avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la demande de révision (cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006). Une précédente reconduction de rente a la même valeur qu'une décision antérieure si celle-ci est intervenue à la suite d'une révision matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1).

7.5 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 2 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF

109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Selon la jurisprudence, les principes développés en relation avec une nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI) sont applicables, par analogie, à la demande de révision (ATF 130 V 71 consid. 3, 109 V 262 consid. 3).

7.6 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauer/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

8.

En l'espèce, la recourante a bénéficié d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2003 selon la décision du 10 mai 2007 de l'OAIE (AI pce 79). La question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 10 mai 2007 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 3 juillet 2012.

8.1 Alors que l'OAIE base le rejet de la demande d'augmentation de la rente sur un manque d'objectivation d'une détérioration de l'état de santé, la recourante argue que sa santé s'est détériorée et exige une nouvelle expertise rhumatologique.

8.2 Lors de l'octroi du quart de rente en 2007, l'OAIE s'était basé sur le rapport d'expertise rhumatologique du 3 mars 2005 du Prof. B. _____ qui avait estimé que toute activité sollicitant peu le bras droit était exigible 7 heures par jour avec une baisse de rendement de 20 % au début de la prise d'activité et à réévaluer par la suite (AI pce 45). A cette époque, les experts du Centre multidisciplinaire de la Douleur à D. _____ avaient considéré qu'elle pourrait reprendre à 100 % une activité adaptée à son handicap (AI pce 51) et les experts psychiatres des Hôpitaux universitaires de E. _____ avaient estimé que l'assurée présentait une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique (AI pce 58). Dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2011, le Dr H. _____, FMH rhumatologie et médecine interne, a retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: cervico-brachialgies droites chroniques, troubles disco-dégénératifs modérés du rachis cervical, status après traumatisme du poignet droit le 1^{er} juillet 1997 et le 2 mai 2002, status après arthroscopie exploratrice, nettoyage partiel du compartiment radio-ulno-carpien et réinsertion radiale du ligament triangulaire du poignet droit le 14 août 2002. Il a, par contre, considéré que les lombo-pseudo-sciatalgies chroniques n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Alors que le Dr H. _____ a considéré que l'ancienne activité de dame de cafétéria n'était plus exigible, il a estimé que l'assurée présentait depuis fin 2002 une capacité de travail de 80 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, pas de ports de charge supérieure à 5 kg de manière répétitive avec le membre supérieur droit, pas de mouvements répétitifs et de force impliquant le membre supérieur droit, pas de travaux de force et minutieux impliquant la main droite) en précisant que la capacité de travail de 80 % tenait compte de la diminution de rendement qui restait liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le membre supérieur droit et la nuque ainsi que la prise éventuelle de pauses supplémentaires (AI pce 150).

8.3 Le Tribunal de céans fait sienne l'évaluation de la capacité de travail du Dr H. _____ et considère dès lors que la recourante présentait lors de la décision litigieuse du 3 juillet 2012 les mêmes limitations fonctionnelles que lors de la décision initiale d'octroi du quart de rente du 10 mai 2007. Malgré les limitations fonctionnelles dues aux suites des traumatismes des 1^{er} juillet 1997 et 2 mai 2002 et à l'opération au poignet droit du 14 août 2002, toute activité sollicitant peu le bras droit reste exigible 7 heures par jour. Les certificats du Dr F. _____ indiquant une aggravation de l'état de santé après l'accident de 2002 ne permettent pas de conclure. Sans devoir recourir à une expertise médicale complémentaire

comme le demande la recourante, par appréciation anticipée de son résultat au vu des pièces du dossier (ATF 135 V 2 consid. 1.3), le Tribunal considère que l'assurée présente toujours le même taux d'invalidité qu'en 2007, l'expertise du Dr H. _____ étant consistante, bien motivée et répondant à tous les critères posés par la jurisprudence. L'assurée n'ayant dès lors pas rendu plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer son droit, l'OAIE a rejeté la demande d'augmentation de rente à juste titre.

9.

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision du 3 juillet 2012 doit être confirmée et le recours rejeté.

10.

10.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

10.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 400 francs, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de 400 francs.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

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 :