



Cour III
C-4574/2011

Arrêt du 3 mai 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Beat Weber, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
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 17 juin 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissante de l'île Maurice et également de nationalité italienne, née le (...) 1954, a travaillé en Suisse et a cotisé à l'assurance AVS/AI de 1992 à 2003.

B.

Le 15 janvier 2002, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a indiqué qu'elle souffrait de fibromyalgie depuis 1999 et était au chômage depuis 2000 (AI pce 15/01/2002). Dans son rapport du 18 février 2002, la Dresse B._____, rhumatologue, a mentionné que l'assurée souffrait de diverses douleurs ostéo-articulaires évoluant vers un trouble somatoforme douloureux persistant dans un contexte dépressif chronique et a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à au moins 50 % (AI pce 18/02/2002). Dans le rapport du 12 septembre 2002, les médecins de l'hôpital C._____ ont mentionné que l'épisode dépressif moyen n'avait pas ou qu'une faible répercussion sur la capacité de travail et qu'en tenant compte des problèmes rhumatologiques une activité adaptée comme caissière-vendeuse était possible 4 ½ heures par jour avec une diminution de rendement de 20 à 30 % (AI pce 12/09/2002). Dans les rapports d'examen du service médical régional (SMR) des 17 décembre 2002 et 3 février 2003, la Dresse D._____ a proposé de retenir une incapacité de travail de 60 % compte tenu de l'anomalie transitionnelle lombo-sacrée, de la petite taille de l'assurée, de la diminution de rendement prévisible et de l'état dépressif moyen (AI pce 17/02/2002). Par décision du 30 mai 2003, l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Vaud (ci-après: OAI-VD) a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2001 sur la base d'un degré d'invalidité de 60 % (AI pce 30/05/2003).

C.

En avril 2004, l'OAI-VD a introduit une révision de la rente (AI pce 13/05/2004). Dans les questionnaires remplis le 4 juin 2004, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 100 % par exemple comme vendeuse, si sa santé le lui permettait, et que son état de santé était stationnaire (AI pces 04/06/2004). Dans son rapport du 29 juin 2004, le Dr E._____, médecin généraliste, a mentionné un état stationnaire depuis octobre 2002 et une capacité de travail de 60 % (AI pce 29/06/2004). Dans son rapport du 10 décembre 2004, la Dresse B._____ a indiqué que l'état de santé s'était dégradé parce que l'assurée souffrait depuis quelques mois de limitations fonctionnelles des épaules et qu'on ne pouvait de ce fait pas

exiger que l'assurée reprenne une activité professionnelle même légère (AI pce 10/12/2004). Dans son rapport du 23 décembre 2004, le Dr E. _____ a indiqué que, sur le plan psychique, les choses allaient relativement bien et que, pour les problèmes rhumatologiques, il fallait se référer à l'avis de la Dresse B. _____ (AI pce 21/12/2004).

D.

Le 13 décembre 2006, le SMR a procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assurée (AI pce 22/01/2007). La Dresse F. _____, psychiatre, et le Dr G. _____, rhumatologue, ont posé les diagnostics suivants: périarthrite scapulo-humérale droite calcifiante, périarthropathie de hanche bilatérale calcifiante dans le cadre d'un rhumatisme à hydroxyapatite, douleurs du pied droit dans le cadre de discrets troubles dégénératifs du 1^{er} rayon et de neurinomes de Morton des 2^e et 3^e espaces interdigitaux droits, rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis d'un canal lombaire modérément rétréci et d'une anomalie transitionnelle lombosacrée. Ils ont considéré que les douleurs chroniques compatibles avec un syndrome douloureux somatoforme persistant n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, que l'état psychique s'était amélioré depuis 2003, que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'employée de pressing, mais que, par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail avait toujours été complète. Les médecins du SMR se sont expressément écarté de l'évaluation de la Dresse B. _____ qui retenait une incapacité totale, même dans une activité adaptée, sans préciser cependant pourquoi une activité tenant bien compte des limitations fonctionnelles requises par les pathologies ostéoarticulaires ne pourrait pas être effectuée à 100 %. Dans son avis du 15 février 2007 (AI pce 15/02/2007), la Dresse D. _____ a confirmé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis 2003.

E.

Sur demande de l'OAI-VD, la teinturerie, où l'assurée avait eu son dernier emploi, a indiqué le 19 octobre 2007 un salaire mensuel 2003 de 2'170 francs à 70 % et 3'100 francs à 100 % et un salaire mensuel 2007 de 2'310 francs (plus gratification de 150 francs) à 70 % et 3'300 francs (plus gratification de 200 francs) à 100 % (AI pce 19/10/2007).

F.

Le 25 avril 2008, l'assurée a produit un rapport du 29 mars 2008 du Dr H. _____, psychiatre, attestant des troubles psychiatriques de type dépression sévère et mentionnant que le rapport d'examen du SMR était in-

complet et faux (AI pce 25/04/2008). Dans un rapport manuscrit et partiellement illisible du 10 octobre 2008, le Dr H. _____ a mentionné qu'il suivait régulièrement l'assurée depuis mars 2008, qu'elle avait été suivie de 2001 à 2003 par la Polyclinique I. _____ et ensuite par le Dr E. _____, que l'anamnèse révélait une carence affective durant la prime enfance suite au décès de sa mère quand la patiente avait deux ans, que dès l'adolescence le syndrome dépressif récurrent avait nécessité plusieurs prises en charge psychiatriques et que le trouble dépressif empêchait une quelconque reprise professionnelle à court ou moyen terme (AI pce 10/10/2008). Le 27 novembre 2008, le SMR a procédé à un nouvel examen clinique psychiatrique (AI pce 08/12/2008). La Dresse F. _____ n'a constaté aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et estimé que le trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et la majoration des symptômes avec positionnement dans un processus d'invalidation (F68.0) n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle a noté que la colère de l'assurée contre l'AI avait augmenté, mais que cette souffrance sortait du champ médical car l'assurée aurait les moyens psychiques de reprendre une activité professionnelle à plein temps si elle en retrouvait la motivation. Dans son avis du 15 décembre 2008 (AI pce 15/12/2008), le Dr J. _____ du SMR a conclu qu'il persistait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Dans son attestation médicale du 4 mars 2009 (AI pce 04/03/2009), le Dr H. _____ a répété qu'il estimait l'incapacité de travail à 100 %. Il a indiqué que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent depuis sa jeunesse, mais n'en a pas indiqué l'intensité actuelle. Le Dr H. _____ a encore précisé que le syndrome douloureux somatoforme était apparu après l'opération d'un névrome. Dans son avis médical du 25 mars 2009 (AI pce 25/03/2009), le Dr K. _____ du SMR a mentionné qu'une patiente sévèrement déprimée n'avait plus les ressources énergétiques suffisantes pour être irritable et que l'irritabilité pouvait masquer un épisode dépressif léger qui n'était pas incapacitant.

G.

Lors d'un entretien du 23 avril 2009 auprès de l'OAI-VD afin d'examiner les possibilités de mise en place de mesures de réinsertion professionnelle, l'assurée a déclaré qu'elle avait des douleurs constantes dans tout le corps, qu'elle était constamment fatiguée et qu'elle ne parvenait pas à se lever avant midi. L'OAI-VD a donc constaté l'impossibilité de mettre en place des mesures professionnelles et a retenu un salaire de valide de 50'575.16 francs pour un niveau de qualification 4 en 2007 à un taux d'activité de 100 % et un salaire d'invalidé de 45'517.65 francs dans des

activités industrielles légères également à un taux d'activité de 100 % (AI pce 23/04/2009).

H.

Par projet de décision du 4 février 2010 (AI pce 05/02/2010), l'OAI-VD a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer trois quarts de rente depuis le 1^{er} janvier 2004 et supprimer la rente d'invalidité dès le premier jour du 2^e mois suivant la notification de la décision parce que l'assurée ne présentait plus qu'un degré d'invalidité de 10%.

En février 2010, l'assurée est retournée s'installer à l'Ile Maurice (AI pce 26/01/2010). L'OAI-VD a donc transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) alors compétent.

I.

Dans son courrier du 28 avril 2010 (AI pce 28/04/2010), en réponse au projet de décision du 4 février 2010, l'assurée a argué que son psychiatre traitant, le Dr H._____, avait estimé l'incapacité de travail à 100 % dans son rapport du 4 mars 2009. Vu que le médecin psychiatre de l'AI considérait que l'état de santé s'était amélioré depuis la décision du 30 mai 2003 et que le psychiatre traitant pensait au contraire qu'il y avait eu une aggravation, l'assurée a proposé d'en rester au taux d'invalidité de 60 % qui avait été décidé le 30 mai 2003.

J.

Dans son avis médical du 25 mai 2010 (AI pce 25/05/2010), le Dr L._____ du SMR a constaté que le Dr H._____ mentionnait une incapacité de travail de 100 % sans motivation par des arguments médicaux objectifs, qu'il ne décrivait aucun status psychiatrique ni aucune limitation fonctionnelle permettant d'expliquer l'incapacité de travail attestée et que, en l'absence de tout argument médical nouveau, il y avait une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée.

K.

Par décisions du 17 juin 2011 (AI pce 23/06/2011), l'OAIE a accordé selon la 4^e révision de l'AI trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004 sur la base d'un degré d'invalidité de 60 % valable jusqu'alors et supprimé la rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2011 sur la base d'un degré d'invalidité de 10 %.

L.

Contre cette décision, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral le 18 août 2011, concluant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par le Tribunal et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2011 (TAF pce 1). Elle a joint à son recours un rapport du 9 août 2011 du Dr M._____, selon lequel elle suivait un traitement psychiatrique depuis un an, souffrait d'une dépression récurrente et d'un syndrome douloureux somatoforme.

M.

Dans sa réponse au recours du 24 octobre 2011 (TAF pce 3), l'OAIE s'est basé sur la prise de position de l'OAI-VD du 7 octobre 2011 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

N.

Dans sa réplique du 9 novembre 2011 (TAF pce 5), la recourante a réitéré les arguments mentionnés dans son recours, à savoir que le Tribunal devait mettre en œuvre une expertise psychiatrique et ne pouvait pas renvoyer la cause à l'autorité inférieure.

O.

Dans sa duplique du 3 janvier 2012 (TAF pce 7), l'OAIE a maintenu ses conclusions et renvoyé à la prise de position du 21 décembre 2011 de l'OAI-VD qui a précisé que la Dresse F._____ était spécialiste FMH en psychiatrie, de telle sorte que la valeur probante de ses rapports ne saurait être mise en doute du seul fait qu'elle était engagée en tant que médecin-conseil de l'AI.

P.

La recourante s'est acquitté de l'avance des frais de procédure de 400 francs le 19 janvier 2012 (TAF pce 11) et a maintenu ses conclusions dans son courrier du 30 janvier 2012 (TAF pce 10).

Q.

Par courrier du 15 janvier 2013, la recourante a demandé au Tribunal administratif fédéral s'il pensait mettre en œuvre une expertise ou rendre un jugement au fond (TAF pce 12).

R.

Le 25 janvier 2013, le Tribunal administratif fédéral a rendu la recourante attentive au fait qu'il envisageait de supprimer la rente dès la date de son départ de Suisse, à savoir le 26 février 2010, car la recourante est ressor-

tissante de l'Ile Maurice et que la Suisse n'a pas conclu de convention bilatérale avec ce pays. Il l'a invité à déposer des observations éventuelles ou à retirer son recours jusqu'au 25 février 2013 (TAF pce 14).

S.

Par courrier du 25 février 2013, parvenu au Tribunal le 26 février 2013, le représentant de la recourante a retiré le recours du 18 août 2011 (TAF pce 15). Par communication du 26 février 2013, parvenue au Tribunal par téléfax le 26 février 2013 (TAF pce 16) et par la poste le 27 février 2013 (TAF pce 17), le représentant a indiqué que le recourante était de nationalité italienne et que sa lettre du 25 février 2013 devrait être considérée comme nulle et non avenue.

T.

Le 26 février 2013, l'OAIE a fait parvenir au Tribunal une copie du passeport italien de la recourante délivré le 10 juin 2008 (TAF pce 19). Dans son courrier du 7 mars 2013, la recourante a fait valoir qu'elle avait droit au versement de la rente d'invalidité suisse puisqu'elle est italienne (TAF pce 20).

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).

1.2 En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

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. Le retrait du recours daté du 25 février 2013 étant parvenu le même jour au Tribunal que l'avis par fax que ce retrait était nul et non avenu, il n'a aucune incidence sur la présente procédure.

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 développée 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, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

3.1 La requérante 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 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

3.2 L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: 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, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement) – et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

3.3 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 exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

3.4 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

3.5 Les rentes de l'assurance-invalidité ne sont octroyées à des assurés résidant à l'étranger que si cela est prévu dans un traité avec le pays concerné. En l'espèce, c'est le cas puisque la Convention de sécurité sociale du 14 décembre 1962 entre la Confédération Suisse et la République italienne (RS 0.831.109.454.2) le prévoit.

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, sauf mention contraire. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). En ce qui concerne les faits déterminant selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

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. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la

libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

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'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant

précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – 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 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification.

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

7.4 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur

une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

8.

En l'espèce, la recourante conteste la suppression de la rente à compter du 1^{er} août 2011. Elle a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2001 sur la base d'un degré d'invalidité de 60 % suite à la décision de l'OAI-VD du 30 mai 2003 (AI pce 30/05/2003). 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 30 mai 2003 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 17 juin 2011.

9.

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente versée depuis le 1^{er} janvier 2001 par une amélioration de l'état de santé, la recourante argue que son état dépressif s'est aggravé et qu'elle ne peut plus exercer aucune activité professionnelle.

9.1 Le Tribunal de céans observe que tous les médecins, qui se sont exprimés dans cette affaire sur le plan somatique, sont unanimes sur le fait que la recourante souffre d'atteintes aux épaules, aux hanches et aux pieds qui l'empêchent d'exercer sa dernière activité d'employée de pressing, mais que, du point de vue somatique, l'exercice d'une activité adaptée à ces limites fonctionnelles reste possible.

9.2 Sur le plan psychique, la recourante a mis fin au traitement psychiatrique à la Policlinique I. _____ en 2003 et a continué à être suivie par le Dr E. _____. Ce médecin a indiqué dans son rapport du 23 décembre 2004, que l'état psychique était relativement bon. Lors de l'examen du 13 décembre 2006, la Dresse F. _____ du SMR a constaté que l'assurée disposait d'une bonne constitution psychique, qu'elle reconnaissait sa tristesse de vivre en Suisse et sa nostalgie du pays d'origine. La Dresse F. _____ n'a pas trouvé de signe de dépression comme l'attestait l'interruption du suivi psychiatrique en 2003, a constaté que l'assurée reconnaissait que son moral s'était amélioré depuis lors et a précisé que, en l'absence de comorbidité psychiatrique, les limitations fonctionnelles et une éventuelle perte de la capacité de travail étaient donc strictement tributaires de l'appréciation somatique, l'assurée présentant une pleine capacité de travail sur la plan psychiatrique depuis

l'amélioration de son état de santé en 2003. La recourante n'a repris un traitement psychiatrique qu'en mars 2008 après avoir pris connaissance du rapport d'examen du SMR du 13 décembre 2006 et donc pris conscience que sa rente d'invalidité lui serait probablement supprimée. Le Dr H._____, qui a vu la recourante pour la première fois en mars 2008, considère qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent depuis son adolescence et que ce trouble est dû au manque d'affection durant la prime enfance à cause du décès de sa mère quand elle avait deux ans. N'indiquant aucun élément ayant pu provoquer une aggravation du degré d'invalidité depuis le premier octroi de la rente d'invalidité, le Dr H._____, en indiquant une incapacité totale de travail sur la base d'un trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence, conteste implicitement aussi la première décision de rente du 30 mai 2003. Lors de l'examen du 27 novembre 2008, la Dresse F._____ du SMR a constaté un tableau qui frappait par une exagération des symptômes et une volonté claire de se positionner dans un rôle de malade, elle a exclu l'existence d'une maladie psychiatrique au sens de l'AI, la colère contre une institution qui supprime la rente et la souffrance qui en résulte sortant du champ médical. La Dresse F._____ a estimé que l'assurée, en l'absence de maladie psychiatrique, présentait une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique aussi bien dans l'activité habituelle d'employée de pressing que dans une activité adaptée et que les signes de dépression énumérés par le Dr H._____ n'étaient pas d'une importance telle qu'ils portent préjudice à l'exigibilité professionnelle. L'avis du Dr H._____ n'est donc pas de nature à mettre en doute les indications du Dr E._____ du 23 décembre 2004 et les constatations des trois rapports du SMR des 13 décembre 2006, 27 novembre 2008 et 25 mai 2010.

9.3 Sur la base de l'ensemble des indications médicales et du comportement de la recourante, qui n'a repris un traitement psychiatrique que lorsqu'une suppression de sa rente d'invalidité apparaissait possible et qui a trouvé les ressources nécessaires pour retourner dans son pays d'origine, le Tribunal considère que l'état psychique de la recourante s'est amélioré et qu'il n'y a pas eu d'aggravation depuis.

9.4 D'un point de vue purement médical, les certificats du psychiatre traitant ne permettent pas de déterminer clairement la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Seule l'expertise du SMR du 13 décembre 2006 conduite par la Dresse F._____ et le Dr G._____ prend réellement position sur ce point. Le Tribunal remarque à cet égard que l'expertise est claire, cohérente, complète, remplit les conditions jurisprudentielles et ne saurait être écartée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 V 220 consid. 1b et réf. cit.). L'expertise du SMR a donc entière valeur probante et n'est pas remise en cause par les certificats médicaux produits par la recourante.

9.5 Dans ses écritures, la recourante demande que le Tribunal mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. L'autorité peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les réf. citées; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd., Berne 2011, p. 319; THIERRY TANQUEREL, Droit administratif, Zurich 2011, n° 1537). L'expertise du SMR ayant pleine valeur probante, une nouvelle expertise apparaît superflue.

10.

10.1 Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

10.2 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence de revenu ou de données concernant le revenu effectivement réalisé, il faut selon la jurisprudence évaluer le revenu d'invalidité sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il

n'était pas invalide. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

11.

11.1 Etant donné que la recourante n'exerce actuellement pas d'activité lucrative et vu que les activités non qualifiées qu'elle aurait pu exercer, sans atteinte à la santé, sont similaires à celles qu'elle aurait pu exercer, après atteinte à la santé, l'OAI-VD s'est fié aux données statistiques suisses aussi bien pour le revenu de valide que celui d'invalide. Ce procédé est correct. En effet, l'important dans l'évaluation de l'invalidité est que les deux termes de la comparaison, à savoir le revenu sans invalidité et le revenu d'invalide, soient équivalents, c'est à dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

11.2 Il faudrait dans le cas d'espèce en principe procéder à une évaluation de l'invalidité, selon la méthode générale, par une comparaison de revenus indexés à 2011. On peut cependant renoncer à l'indexation puisque le salaire de valide et d'invalide doivent être indexés du même facteur, ce qui n'a mathématiquement pas d'influence sur le degré d'invalidité.

11.3 L'OAI-VD a retenu le même montant de 50'575.16 francs pour le salaire de valide et le salaire d'invalide avant abattement. Ce montant apparaît correct. Il correspond au revenu réalisé dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS, TA1, niveau de qualification 4). Concernant le salaire exigible avec invalidité, l'autorité inférieure a retenu un abattement de 10 % pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la recourante, ce qui est correct (cf. ATF 126 V 75 consid. 6).

11.4 En procédant à la comparaison des deux salaires, on obtient avec un abattement de 10 % une perte de gain de 10 % également, correspondant à une capacité de travail de 100 % dans une activité de substitution, valeur qui n'ouvre en principe plus droit à une rente d'invalidité. Même avec un abattement de 25 %, il n'y aurait pas de droit à la rente.

12.

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

(arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

12.2 La recourante était âgée de plus de 55 ans lors de la suppression de la rente par la décision litigieuse du 17 juin 2011. Bien qu'elle n'ait pas mis à profit sa capacité résiduelle de travail ces dix dernières années, la recourante aurait pu le faire vu les activités exigibles retenues. Le Tribunal considère donc qu'une réhabilitation par soi-même peut être exigée.

13.

Au vu de ce qui précède, il appert que le recours est infondé. Il s'ensuit que la décision du 17 juin 2011 doit être confirmée et le recours rejeté.

14.

14.1 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.

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

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, Berne (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 :