



---

Cour III  
C-464/2008

## Arrêt du 23 février 2011

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Stefan Mesmer, Michael Peterli, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Pierre Seidler, 2800 Delémont 1,  
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 19 décembre 2007).

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

La ressortissante française A.\_\_\_\_\_, née le 14 avril 1970, a travaillé en Suisse durant les années 1991 à 2001 en tant que préparatrice en confection. En date du 31 juillet 1997, elle fut victime d'un accident de la route. Ensuite de diverses périodes d'incapacité de travail à 100% et 50% en relation avec des douleurs notamment cervicales et de type fibromyalgique liées à des troubles psychiques consécutifs à l'accident subi, l'intéressé ne travailla plus à compter du 18 janvier 2001 (pce 3). En date du 5 juin 2001 l'intéressée déposa une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Bâle-campagne (OAI-BL, pce 1).

**B.**

L'OAI-BL requit le dossier de l'assureur-accidents de l'assurée. Selon le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 8 août 1997 du Service de chirurgie orthopédique et traumatologique du Centre hospitalier de Troyes, il fut diagnostiqué suite à l'accident un traumatisme du rachis cervical sans lésion osseuse fracturaire ou ligamentaire ainsi qu'un traumatisme du genou gauche sans lésion osseuse (pce dossier accident). L'intéressée consulta à diverses reprises en raison de cervicalgies diffuses quotidiennes. Les Dr C.\_\_\_\_\_, médecine physique, et D.\_\_\_\_\_, rhumatologue, diagnostiquèrent les 18 mars et 21 juin 1999 une asymétrie rotatoire de C1/C2 ensuite de l'accident à l'origine des cervicalgies lesquelles étaient majorées par l'activité de l'intéressée obligée dans son travail de fléchir le rachis cervical (pces dossier accident). L'intéressée développa parallèlement des troubles visuels de type migraine ophtalmique avec des scotomes scintillants typiques qui furent qualifiés par le Dr E.\_\_\_\_\_ en date du 25 août 1999, confirmé le 10 mars 2000, de signes classiques du syndrome subjectif des traumatisés crâniens avec essentiellement une asthénopie des fonctions oculomotrices et un très discret rétrécissement concentrique du champ visuel asymptotique (pce dossier accident).

Dans un rapport d'arbitrage pour la mutuelle d'assurances MACIF daté du 10 janvier 2000, le Dr F.\_\_\_\_\_ retint les doléances de douleurs cervicales permanentes au niveau C2 perturbant le sommeil, accompagnées de nausées et de douleurs autour des yeux en cas d'exacerbation, de sensations vertigineuses, une contusion du genou droit guérie sans séquelle et nota un status consolidé au 31 mai 1999 avec un taux d'incapacité permanente de 2(deux)% en raison de la permanence de douleurs cervicales (pce dossier accident). L'intéressée contesta en date du 26 janvier 2000 les conclusions de cette expertise et la date de consolidation retenue au 31 mai 1999 jugée sans fondement (pce dossier accident).

En date du 21 novembre 2000 un rapport d'hospitalisation (10-19 octobre 2000 pour cause de cervicalgies chroniques) du Centre hospitalier de Mulhouse (CHM) nota le diagnostic de dysfonctionnement inter-vertébraux mineurs étagés de C1-C2 à D3-D4, sensations d'engourdissement du membre supérieur droit sans véritable déficit, névralgie d'Arnold droite et releva une évolution satisfaisante des sensations de douleurs, aucune anomalie des paires crâniennes, une absence de déficit réflexe moteur ou sensitif, une absence de syndrome cérébelleux, un aspect dépressif réactionnel de temps à autre et mentionna l'existence de conflits avec l'employeur, le souhait d'une réduction du temps de travail et d'agrandir la famille par un enfant, concluant à l'existence d'un syndrome subjectif des traumatisés du rachis cervical et à des cervicalgies étagées (pce dossier accident).

Dans un rapport du 30 avril 2001 le Dr G. \_\_\_\_\_ du CHM renouvela le diagnostic de syndrome subjectif des traumatisés du rachis cervical accompagné de cervicalgies chroniques étagées de C2 à C5 avec migraines intriquées, fibromyalgie et réactions anxio-dépressives (pce dossier accident). En date du 22 août 2001 le Dr E. \_\_\_\_\_ confirma ses précédentes observations (pce dossier accident).

Le 19 octobre 2001, le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre, posa le diagnostic de syndrome dépressif durable d'allure névrotico-réactionnelle s'étant progressivement constitué au cours des dernières années, la symptomatologie consistant en angoisse du lendemain, humeur dépressive, *tae-dium vitae*, repli sur soi, perte du goût au plaisir, sentiment de culpabilité, fatigabilité excessive, la dysthymie ne réagissant que partiellement aux traitements antidépresseurs et psychothérapeutiques et constituant une gêne considérable pour la vie professionnelle de l'intéressée (pce dossier accident).

La Dresse I. \_\_\_\_\_ du Centre de réadaptation de Mulhouse, relevant la persistance de la symptomatologie secondaire à l'accident, soit cervicalgies chroniques, avec irradiation brachiale, fibromyalgie diffuse, syndrome post-commotionnel avec migraine, sensations vertigineuses, troubles visuels évoluant dans un contexte de fatigabilité avec ralentissement idéomoteur, difficultés de planification, troubles de la motivation, préconisa dans un rapport du 10 décembre 2001, établi à la demande de l'intéressée, une activité à temps partiel en position assise et debout en alternance, sans port de charges, sans travail en élévation et en force des membres supérieurs, sans notion de bruit de fond (pce dossier accident). Ce médecin établit dans la même lignée un rapport médical daté du 20 novembre 2002 relevant de plus un tableau cognitif associant une amnésie des faits, des difficultés en mémoire épisodique, un ralentissement du traitement de l'information et idéomoteur, une fatigabilité physique et intellectuelle, un apragmatisme et un syndrome anxio-dépressif sous-jacent (pce dossier accident).

### C.

L'OAI-BL porta au dossier notamment les documents suivants en plus du dossier de l'assureur-accident:

- un rapport de la Dresse I. \_\_\_\_\_ daté du 11 juin 2001 posant le diagnostic notamment de cervicalgies chroniques consécutives à un "coup du lapin" irradiant aux bras, fibromyalgie diffuse, syndrome subjectif des traumatisés, migraines, syndrome anxio-dépressif,

vertiges, relevant un état stationnaire s'améliorant, proposant un suivi psychologique, excluant les travaux avec port de charge et en élévation des bras, suggérant une orientation professionnelle, la recherche d'activité de jour en position assise / debout en alternance, notant la possibilité pour l'assurée d'exercer son activité antérieure à 50% et une diminution de rendement avec possibilité d'améliorer la capacité de rendement (pce 14),

- un rapport d'expertise requis par l'office AI, établi en date du 16 septembre 2002 par la Medizinische Abklärungsstelle Universitätskliniken Basel MEDAS, signé du Dr K.\_\_\_\_\_, faisant état des pièces au dossier et les discutant, retenant le diagnostic post-accident du 31 juillet 1997 de distorsion de la colonne cervicale et vertébrale, trouble dépressif d'intensité légère à moyenne avec syndrome somatique, rétrécissement du champ visuel concentrique de cause indéterminée, concluant pour l'essentiel et de façon déterminante à un lourd trouble fonctionnel neuropsychologique entraînant une limitation de la capacité de travail de 80% comme vendeuse, étant relevé la nécessité pour l'intéressée d'un séjour de réhabilitation dans un centre spécialisé suivi d'un traitement ambulatoire et d'une réévaluation, des mesures d'ordre professionnel n'étant pas indiquées (pce 35).

Par décision du 20 décembre 2002 l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) accorda à l'intéressée une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2001 pour un taux d'invalidité de 100% (pce 44).

#### **D.**

En date du 14 février 2005 l'assureur-accident de l'intéressée communiqua à l'OAI-BL un rapport d'expertise établi par le Dr L.\_\_\_\_\_ de la Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation Bethesda-Spital daté du 11 octobre 2004 avec un complément du 14 décembre 2004. Dans son rapport le Dr L.\_\_\_\_\_ confirma le diagnostic retenu dans l'expertise du MEDAS, relevant une pleine capacité de travail sur le plan somatique mais une incapacité de travail en raison des affects de type psycho et neuropsychiatrique, mettant par ailleurs en doute une amélioration future de l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychiatrique tout en réservant l'avis d'un expert psychiatre (pces 49-51).

**E.**

Courant 2005 l'OAI-BL initia une révision de la rente allouée à l'intéressée et porta au dossier notamment les documents ci-après:

- le questionnaire à l'assuré relatif à la révision de la rente allouée daté du 13 octobre 2005 notant un état de santé inchangé, un suivi médical hebdomadaire, pas de reprise d'activité (pce 54),
- un rapport médical du Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre, daté du 12 avril 2006, à l'adresse de l'assureur-accident, relevant les plaintes de douleurs multiples récurrentes ne pouvant être traitées, de scintillement de la vision associés à des maux de tête, de vertiges en relation éventuelle avec la médication suivie, de cervicalgies et lombalgies, de fatigue et de manque d'entrain, notant une stature mince, un visage à la tristesse très marquée, un discours atone adéquat et informatif, sans déficience de la pensée détectable, posant le diagnostic de dépression chronique avec attitude craintive prononcée et sentiment de surmenage, status qualifié de lourde problématique psychique non en relation directe avec l'accident du 31 juillet 1997 mais en relation indirecte d'idéation de l'intéressée dont le traitement sur la durée peut être positif dans la mesure d'une forte coopération médecin-patient, évaluant l'incapacité de travail à 100% avec des chances d'une reprise de travail graduelle dans le futur parallèlement à un suivi psychologique (pce 60),
- un rapport d'expertise médicale effectuée par le Dr N. \_\_\_\_\_ à l'adresse de la Caisse Suisse de compensation, de la MACIF et de l'assureur-accidents de l'assurée daté du 29 mai 2006 (consultation du 16 mars) relevant les doléances de céphalées temporales bilatérales, de douleurs constantes à la base du crâne, de rachialgies permanentes étagées, douleurs des hanches, vertiges lors des mouvements de nuque et quand l'intéressée se lève, difficulté dans l'utilisation du bras droit, notant un examen clinique sans particularité et sans aucun signe dépressif, retenant une limitation de la mobilité active de la colonne cervicale en rapport avec la douleur remontant à 2000 et des polyarthralgies apparues plusieurs années après l'accident non en relation directe, confirmant une date de consolidation fixée au 31 mai 1999 (pce 63),
- un rapport médical du Dr O. \_\_\_\_\_ daté du 27 juin 2006 à l'adresse de la Caisse suisse de compensation, relevant du rapport précédent l'inexistence de lésions organiques justifiant une incapacité de travail

après le 31 mai 1999, des plaintes de nature fibromyalgique ne justifiant pas en elles-mêmes une incapacité de travail, proposant de retenir une incapacité de travail jusqu'au 31 mai 1999 (pce 64),

- un rapport d'assistance à expertise médicale judiciaire du Dr P. \_\_\_\_\_ daté du 16 mars 2006 ensuite de la consultation du 16 mars 2006 (cabinet du Dr N. \_\_\_\_\_) adressé à l'assureur-accidents de l'intéressée étayant le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ d'une documentation antérieure et sans conclusions divergentes (pce 65),
- une prise de position du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin de l'OAI-BL, du 16 août 2006, relevant une documentation médicale à l'origine du rapport MEDAS incomplète notamment s'agissant des années 1999-2001, notant principalement qu'un consensus des approches somatiques et psychiatriques parvenant à des résultats diamétralement opposés n'avait pas eu lieu et qu'une expertise pluridisciplinaire s'imposait (pce 69),
- un rapport d'expertise pluridisciplinaire daté du 19 juin 2007 du ABI Aertzliches Begutachtungsinstitut GmbH (ci-après: ABI) relevant les plaintes de carence persistante d'énergie avec fatigue, troubles de la concentration, lenteurs mentales, maux de tête et de la nuque, scintillements, une médication réduite en raison d'une grossesse au 3<sup>ème</sup> mois, notant, sur le plan psychiatrique, une impression soignée et un âge en rapport, une attitude cordiale coopérante ouverte envers l'expert, un discours quelque peu atone, un status orienté et clair, une relation aux réalités, des idées et une pensée non altérées, une expression aisée tant en français qu'en allemand, soit le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixtes (CIM-10 F41.2) et de syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (CIM-10 F59) sans objectivation des plaintes somatiques avec un trouble d'idéation de la douleur, soit une capacité de travail non limitée sur le plan psychiatrique en contraste avec les status antérieurement relevés dépressifs non retrouvés qui ont également disparus avec le status de femme enceinte réjouissant l'assurée. Sur le plan neurologique le rapport nota une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure de l'assurée en dépit d'un syndrome cervico-brachial (CIM-10 M53.1) chronique ayant quelque influence sur la capacité de travail. Sur le plan neuropsychiatrique le rapport indiqua des résultats de test altérés non déterminants en inadéquation avec les observations indirectes. Le rapport retint au

final une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure de l'intéressée et pour toute activité dans la vente et de type légère à moyennement lourde sans position contraignante durable de la tête et nota que cette appréciation était certes en opposition totale avec l'appréciation personnelle de l'assurée sur sa capacité résiduelle de travail jugée inexistante mais que cette appréciation personnelle ne pouvait être retenue, un déficit neuropsychologique pouvant être exclu avec grande vraisemblance chez l'intéressée conduisant sa propre voiture (pces 76, 79).

**F.**

Par projet de décision du 7 août 2007, l'OAI-BL communiqua à l'intéressée que selon son examen du dossier elle ne présentait plus de limitation essentielle de sa capacité de travail, laquelle était de 100% dans une activité toutes branches confondues du secteur privé niveau 4 permettant d'obtenir un revenu annuel selon l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires 2004 indexé 2007 de Fr. 49'120.- tant sans qu'avec invalidité et qu'il en résultait une invalidité de 0%, de sorte qu'elle ne pouvait plus prétendre à une rente d'invalidité (pce 80).

**G.**

L'intéressée, représentée par Me P. Seidler, s'opposa à la suppression projetée de sa rente aux motifs que ce projet de décision se fondait sur l'expertise ABI ayant conclu sans motif précis à une capacité de travail de 100%, ce qui était complètement erroné, son incapacité de travail étant toujours de 100%. Elle fit valoir les conclusions des expertises de 2002 et 2004 parvenues à une incapacité de travail de 80-100% confirmée encore sur le plan psychiatrique par le Dr M. \_\_\_\_\_ en 2006 (pce 87).

**H.**

Invité par l'administration à se déterminer sur les objections soulevées, le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 décembre 2007 nota que l'intéressée ne se référait qu'aux expertises anciennes de 2002 à 2006 et non aux rapports médicaux des Drs P. \_\_\_\_\_ du 16 mars 2006, N. \_\_\_\_\_ du 29 mai 2006 allant dans le sens de l'expertise ABI laquelle n'était pas contestée au fond mais uniquement formellement. Il souligna que le trouble fonctionnel neuropsychologique qualifié de lourd en 2002 ne se retrouvait plus en 2007 et que le rapport d'expertise de 2004 avait confirmé les conclusions de celui de 2002 pour des motifs psychiatriques par un avis non spécialisé en ce domaine médical alors que dans le

domaine rhumatologique de l'expert une incapacité de travail totale ne se justifiait pas. Se référant au rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ nota que l'expert n'avait pas émis de diagnostic selon la classification CIM-10 ou une classification comparable, qu'il n'avait pas quantifié la dépression et justifié une incapacité de travail de 100% contrastant avec les appréciations des Drs P.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ qui avaient vu l'assurée presque dans la même période et n'avaient pas relevé de troubles dépressifs et qui avaient attesté d'une pleine capacité de travail. Enfin, le Dr Q.\_\_\_\_\_ nota que l'intéressée n'était plus suivie sur le plan psychiatrique que par une consultation mensuelle et son traitement médicamenteux avait été suspendu en septembre 2005. Il conclut à la confirmation de l'expertise ABI (pce 88).

#### I.

Par décision du 19 décembre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) informa l'assurée qu'elle n'avait plus droit à une rente d'invalidité à compter du 31 janvier 2008. L'office fonda sa décision pour l'essentiel sur le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2007 soulignant une amélioration de l'état de santé tant somatique que psychique résultant de la comparaison des rapports d'expertise des années 2002 et 2007 et de l'appréciation de l'intéressée-même quant à son état de santé psychique rapportée dans l'expertise de 2007. Il nota que l'expertise de 2004 n'était pas déterminante sur le plan psychiatrique du fait que l'avis exprimé sur ce plan ne l'avait pas été par un spécialiste psychiatre. L'office indiqua que l'expertise ABI remplissait toutes les conditions de fiabilité et qu'il en résultait une pleine capacité de travail lui permettant d'obtenir un revenu annuel avec et sans invalidité de Fr. 49'120.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 indexé 2007 toutes branches confondues, niveau de qualification 4, n'entraînant aucun pourcentage d'invalidité économique, ce qui justifiait la cessation de la rente versée jusqu'alors (pce 91).

#### J.

Contre cette décision, l'intéressée, représentée par Me P. Siedler, interjeta recours en date du 23 janvier 2008 auprès du Tribunal de céans concluant sous suite de frais et dépens à l'octroi d'une rente d'invalidité en conformité de la loi, subsidiairement à une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, en particulier neuro-radiologique dans un centre spécialisé. Elle fit valoir l'évolution de ses atteintes à la santé ayant déterminé selon les expertises de 2002 à 2006 une incapacité de travail de 80-100%, taux qui était toujours actuel. Elle souligna avoir été atteinte dans sa santé lors de l'accident de 1997 par une entorse cervicale et un

traumatisme crâno-cérébral dont il s'ensuivit des troubles neuro-psychologiques spécifiques bien connus en matière de coup du lapin et un trouble dépressif accompagné notamment de cervicalgies, céphalées, troubles de la mémoire et de la concentration, irritabilité, fatigabilité, acouphènes, troubles de la vue. Se référant à l'expertise ABI, elle indiqua que cette expertise était dénuée de toute valeur probante car elle s'écartait des expertises précédentes sans aucun motif précis retenant une pleine capacité de travail alors que pendant 9 ans celle-ci était nulle sans amélioration de l'état de santé (pce TAF 1). Par requête séparée jointe du 23 janvier également, elle requit le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite (pce TAF 2).

**K.**

L'intéressée adressa au Tribunal de céans en date du 19 février 2008 sa demande formelle d'assistance judiciaire accompagnée de pièces justificatives dont il résultent des charges mensuelles plus élevées que les revenus et pas de fortune déterminante (pce TAF 4).

**L.**

Par réponse au recours du 25 février 2008, l'OAIE conclut au rejet du recours faisant sienne la détermination de l'OAI-BL du 21 février précédent. Dans sa réponse, l'OAI-BL exposa les modalités d'une révision du droit à la rente d'un assuré et résuma les constatations résultant des expertises réalisées de 2002 à 2007. Il conclut qu'au plus tard depuis l'examen réalisé par les experts du ABI des 6 et 16 mars 2007, il pouvait être attestée une nette amélioration de l'état de santé de l'intéressée tant sur le plan somatique que psychiatrique confirmée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ sans que des examens complémentaires ne soient nécessaires, les autres rapports au dossier ne pouvant conduire à un autre résultat. L'OAI-BL nota de plus que si une amélioration de l'état de santé devait ne pas être retenue contrairement à son avis, la décision attaquée serait néanmoins correcte car à la base la décision originelle ayant retenu une incapacité de travail de 80% en 2002 sur la base de l'expertise MEDAS pour troubles neuro-psychologiques lourds n'était pas compréhensible et sans doute erronée du fait d'un nombre important de rapports médicaux 1999-2001 non pris en compte par cette expertise, comme l'avait relevé le Dr P. Q.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 16 août 2006, qui de plus releva une contradiction entre les diagnostics retenus au plan psychiatrique de trouble dépressif léger à moyen et au plan neuropsychiatrique d'épisode dépressif sévère. Par ailleurs, l'OAI-BL releva que l'intéressée ayant travaillé à plein temps peu après l'accident subi et ayant assumé d'importants trajets en voiture, cela allait à

l'encontre d'un déficit post-traumatique neuropsychologique sévère et que le déficit était plutôt un phénomène secondaire s'inscrivant dans la symptomatique des douleurs et d'une éventuelle dépression. Enfin l'OAI-BL confirma l'évaluation économique de l'invalidité, laquelle en tant que telle n'avait pas été contestée dans l'acte de recours (pce TAF 5).

#### **M.**

Par réplique du 25 avril 2008 l'intéressée fit valoir que s'il était apparu de l'expertise ABI une amélioration de son état psychologique il n'y avait pas lieu de retenir une amélioration telle qu'elle pourrait reprendre une pleine activité lucrative, qu'il y avait lieu de souligner que ses atteintes psychologiques étaient en relation de causalité avec l'accident survenu en 1997, élément déterminant pour le maintien du droit à la rente, que ses atteintes à la santé ne lui permettaient actuellement plus d'exercer quelque activité lucrative et encore qu'en aucun cas il y avait lieu de reconsidérer les décisions antérieures d'octroi de rente, aucun motif de reconsidération n'étant réalisé du fait que les instructions antérieures n'étaient pas manifestement erronées (pce TAF 7).

#### **N.**

Par duplique du 28 mai 2008, l'OAIE maintint sa prise de position antérieure se ralliant à la prise de position de l'OAI-BL du 21 mai 2008 laquelle confirma ses développements antérieurs (pce TAF 9).

#### **O.**

Par triplique du 7 juillet 2008 la recourante souligna contester les conclusions de l'expertise ABI et nota que les rapports médicaux des Drs Q.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ n'avaient pas valeur d'expertise et n'étaient dès lors pas pertinents (pce TAF 11). Le Tribunal de céans communiqua les observations de la recourante à l'OAIE par acte du 9 juillet 2008 (pce TAF 12).

### **Droit :**

#### **1.**

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

**1.2.** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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.**

**2.1.** 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) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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 (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. 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.

**2.2.** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'une ressortissante 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.

**2.3.** 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 du 4 février 2003 consid. 2; 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

### **3.**

L'examen du droit aux prestations 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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Par conséquent, les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont pas applicables à la présente cause dont la décision dont est recours est datée du 19 décembre 2007.

### **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 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 LPGGA).

**4.2.** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al.1<sup>er</sup> LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

## **5.**

**5.1.** Selon l'art. 17 LPGGA 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.

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

**5.3.** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même

lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

**5.4.** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

**5.5.** Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). En l'espèce, l'octroi de la rente entière par décision du 20 décembre 2002 de l'OAI-BL et la décision de suppression de rente du 19 décembre 2007 de l'OAIE sont la base de comparaison de l'état de santé de la recourante.

## **6.**

**6.1.** En application de l'art. 53 al. 1 LPGA, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. ATF 125 V 368; 122 V 21 consid. 3a, 173 consid. 4a, 271 consid. 2, 368 consid. 3; 121 V 4 consid. 6; 119 V 183 consid. 3a, 477 consid. 1a; 117 V 12 consid. 2a).

**6.2.** Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au 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 125 V 383 consid. 3). Par le biais de la reconsidération, une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits peuvent être corrigées (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008). Un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à l'aune de critères plus restrictifs actuels (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_45/2007 du 25 septembre 2007 consid. 3.2 et l'ATF 130 V 352). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 135 V 215 consid. 5.1.1, 129 V 200 consid. 1.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions de base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen approfondi des faits. Si la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit, il n'y a pas place pour une reconsidération; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/2006 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En d'autres termes, en présence d'un rapport fiable à la base de la décision prise, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête ou de l'examen que s'il est évident que le document en question repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait au sens de l'art. 17 LPGA justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en cause soit maintenue (arrêt du Tribunal fédéral I 222/02 du 19 décembre 2002 consid. 5.1).

**6.3.** En l'espèce, dans sa réponse au recours du 25 février 2008, l'OAIE, respectivement l'OAI-BL dans sa détermination du 21 février 2008, a fondé la suppression de la rente de l'intéressée au motif d'une nette amélioration de santé tant somatique que psychologique justifiant une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA et a, in fine de

sa réponse, évoqué que s'il ne devait pas être retenue une amélioration de l'état de santé de l'intéressée il y avait lieu de retenir que la décision du 20 décembre 2002 avait été prise de façon erronée ne justifiant pas l'octroi d'une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité de 100%. En ce faisant, bien que l'administration ne l'ait pas expressément indiqué, il est fait référence à une reconsidération de la décision initiale du 20 décembre 2002. Or le Tribunal de céans ne peut en aucun cas souscrire à cette argumentation subsidiaire du fait que la décision du 20 décembre 2002 s'est fondée sur un rapport d'expertise dont les conclusions ne sauraient être qualifiées de manifestement erronées comme l'exige la jurisprudence pour justifier une reconsidération. En effet, si ce rapport a retenu le diagnostic post-accident du 31 juillet 1997 de distorsion de la colonne cervicale et vertébrale, trouble dépressif d'intensité légère à moyenne avec syndrome somatique, rétrécissement du champ visuel concentrique de cause indéterminée, concluant pour l'essentiel et de façon déterminante à un lourd trouble fonctionnel neuropsychologique entraînant une limitation de la capacité de travail de 80%, qui put être éventuellement appréciée à un taux moins élevé, les Drs G. \_\_\_\_\_ en date du 30 avril 2001 et H. \_\_\_\_\_ en date du 19 octobre 2001 (cf. supra B.) établirent des diagnostics allant dans le sens des constatations des experts du MEDAS. Toutefois, il est vrai, d'autres rapports médicaux au dossier ne partageaient pas ces conclusions défavorables. Il n'en demeure pas moins qu'il ne peut être retenu avec le recul une appréciation manifestement erronée s'agissant de l'expertise MEDAS. Il y a donc lieu d'examiner le cas sous le seul angle de l'amélioration de l'état de santé en application de l'art. 17 LPGA.

## 7.

**7.1.** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les

cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

**7.2.** Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

## **8.**

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

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

**8.3.** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les 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).

## **9.**

**9.1.** Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 19 décembre 2007, à supprimer à partir du 1<sup>er</sup> février 2008, en application de l'art. 17 LPGA, la rente entière d'invalidité dont bénéficiait la recourante depuis le 1<sup>er</sup> avril 2002 au motif d'une amélioration sensible de son état de santé lui permettant de reprendre une activité du type de son ancienne activité ou plus généralement qualifiée de légère à moyenne.

**9.2.** Lors de l'octroi de la rente entière par décision du 20 décembre 2002, l'OAI-BL a principalement pris en compte le rapport MEDAS faisant notamment état d'une distorsion de la colonne cervicale et vertébrale, d'un trouble dépressif d'intensité légère à moyenne avec syndrome somatique, d'un rétrécissement du champ visuel concentrique de cause indéterminée. La Dresse I.\_\_\_\_\_ avait également retenu en date du 11 juin 2001 le diagnostic de cervicalgies chroniques, consécutives à un coup du lapin irradiant au bras, de fibromyalgie diffuse, de syndrome subjectif des traumatisés, de migraines, d'un syndrome anxio-dépressif, de vertiges. Quelques semaines auparavant, le Dr G.\_\_\_\_\_ du CHM renouvelait le 30 avril 2001 le diagnostic déjà posé en octobre 2000 de syndrome subjectif des traumatisés du rachis cervical accompagné de cervicalgies chroniques étagées de C2 à C5 avec migraines imbriquées, fibromyalgie et réactions anxio-dépressives. Sur le plan psychiatrique, le Dr H.\_\_\_\_\_ retint en date du 19 octobre 2001 le diagnostic de syndrome dépressif d'allure durable névrotico-réactionnelle s'étant progressivement constitué au cours des dernières années caractérisé par une angoisse du lendemain, une humeur dépressive, un *taedium vitae*, un repli sur soi, une perte du goût au plaisir, un sentiment de culpabilité, une fatigabilité excessive, de la dysthymie.

Il appert de ces diagnostics concordant un status pouvant être retenu comme invalidant notamment en raison des atteintes psychologiques, ce que le Dr L.\_\_\_\_\_ retint dans son rapport du 11 octobre 2004, soit quelque 2 ans plus tard, relevant une pleine capacité de travail sur le plan somatique mais une incapacité de travail en raison des affects de type psycho et neuro-psychiatrique mettant par ailleurs en doute une amélioration future de l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychiatrique mais en réservant l'avis d'un expert psychiatre.

L'autorité inférieure, respectivement l'OAI-BL, relève à juste titre que l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique n'est pas déterminante du fait qu'elle n'émane pas d'un spécialiste. Le Tribunal de céans ne peut que confirmer cette constatation mais retient qu'à l'automne 2004 il peut être admis que sur le plan somatique l'intéressée ne présentait plus d'atteinte à sa santé d'ordre somatique, notamment de douleurs consécutives au coup du lapin d'une intensité déterminante au plan de l'assurance-invalidité, et que ses atteintes à la santé n'étaient plus que d'origine psychologique dans la mesure de leur réelle intensité, ce que les documents au dossier ne permettent pas d'apprécier jusqu'au rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, psychiatre.

Dans son rapport d'expertise du 12 avril 2006, le Dr M.\_\_\_\_\_ releva les plaintes de douleurs multiples récurrentes ne pouvant être traitées, de scintillement de la vision associés à des maux de tête, de vertiges en relation éventuelle avec la médication suivie, de cervicalgies et lombalgies, de fatigue et de manque d'entrain, notant une stature mince, un visage à la tristesse très marquée, un discours atone adéquat et informatif, sans déficience de la pensée détectable, posant le diagnostic de dépression chronique avec

attitude craintive prononcée et sentiment de surmenage, status qualifié de lourde problématique psychique entraînant une incapacité de travail de 100%. Mais ce médecin nota aussi des chances de reprise de travail graduellement parallèlement à un suivi psychologique. Il n'appert pas du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ une amélioration de santé de l'intéressée sur le plan psychologique, une détérioration de type épisodique est même décelable de l'impression laissée par l'intéressée à l'expert si l'on se réfère au rapport médical du Dr N. \_\_\_\_\_ du 29 mai 2006 n'ayant relevé, en passant, aucun signe dépressif à l'examen clinique. Or, il appert de l'expertise ABI de 2007 un status psychologique nettement amélioré. L'expertise relève en effet une impression soignée et un âge en rapport, une attitude cordiale coopérante ouverte envers l'expert, un discours quelque peu atone, un status orienté et clair, une relation aux réalités, des idées et une pensée non altérées, une expression aisée tant en français qu'en allemand, soit le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixtes (CIM-10 F41.2) et de syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (CIM-10 F59) sans objectivation des plaintes somatiques avec un trouble d'idéation de la douleur. Le rapport relève par ailleurs notamment un status de future mère d'un deuxième enfant attendu positivement, un intérêt pour le suivi scolaire de son premier enfant et l'utilisation régulière d'une voiture personnelle, soit des éléments déterminant confirmant une nette amélioration de l'état de santé psychologique – et aussi somatique au niveau de la mobilité de la nuque du fait de la conduite automobile - de l'intéressée dont on peut inférer une pleine capacité de travail dans une activité légère à moyenne sans qu'il y ait lieu de procéder à d'autres examens médicaux, notamment neuro-radiologiques, car le rapport d'expertise ABI, très fouillé, conclut matériellement à un status permettant une pleine capacité de travail dans une activité légère à moyenne, ce que l'intéressée n'était pas en mesure d'accomplir en tout cas en 2004 à quelque pourcentage que ce soit à lecture de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'administration a retenu une pleine capacité de travail de l'intéressée ensuite d'une nette amélioration de son état de santé à partir de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, amélioration que l'intéressée n'a pas démentie d'ailleurs concrètement par des rapports médicaux ultérieurs au rapport ABI complet et déterminant. En effet, la recourante n'a motivé son recours essentiellement qu'en opposant les conclusions de l'expertise ABI à celles réalisées antérieurement sans pour autant démontrer objectivement et preuves à l'appui que les conclusions tirées de l'expertise ABI effectuées en 2007 étaient contradictoires à des examens médicaux de la même période ou ultérieurs jusqu'à la décision entreprise.

## 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 gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en

mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

**10.3.** Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

**10.4.** En l'espèce, dans la mesure où la capacité de travail de l'intéressée est de 100% dans son ancienne activité ou une activité analogue légère dans la vente, le revenu qu'elle pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité actuelle de travail correspond à une incapacité de gain de 0% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; 104 V 135 consid. 2b). Dans cette approche de l'invalidité économique, il n'y a pas lieu de prendre en compte un abattement pour raisons personnelles du fait même que les experts du rapport ABI ont estimé que la capacité de travail de l'intéressée, tous aspects pris en compte, était de 100% dans son ancienne activité ou une activité adaptée assimilée. Le Tribunal de céans peut ainsi confirmer cette appréciation et le résultat de la détermination économique de l'invalidité effectuée par l'administration ne retenant aucune invalidité. Même s'il fallait prendre en compte quelques circonstances personnelles comme le fait de n'avoir pas retravaillé depuis de nombreuses années et d'être limitée à des travaux dits légers, justifiant un abattement de quelque 10% sur le gain de substitution avec invalidité, il se trouve qu'une incapacité de gain de 40% au moins sur une année ne saurait être retenue.

**10.5.** Vu ce qui précède le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2008 doit être nié et le recours, mal fondé, être rejeté.

## **11.**

Dans le cadre de cette révision de rente, il est utile de rappeler que, selon

un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3) ou son maintien si, comme en l'espèce, l'intéressée est encore relativement jeune.

## **12.**

**12.1.** La présente procédure est en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> et 2 LAI). Dans un courrier joint au recours du 23 janvier 2008, la recourante, représentée par son avocat, a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire totale et le 19 février 2008 a transmis les documents requis.

**12.2.** Aux termes de l'art. 65 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont les conclusions ne paraissent pas d'emblée vouées à l'échec est, à sa demande, dispensée par l'autorité de recours, son président ou le juge instructeur de payer les frais de procédure. L'autorité de recours, son président ou le juge instructeur attribue en outre un avocat à cette partie si la sauvegarde de ses droits le requiert (art. 65 al. 2 PA).

La jurisprudence a précisé que l'assistance judiciaire ne sera admise que s'il apparaît que dans un cas d'espèce, les chances de succès du recours sont supérieures à celles de son rejet ou du moins, si elles ne sont pas trop inférieures à celles-ci. L'autorité saisie de la requête doit, sur la base des pièces à sa disposition, procéder à une appréciation anticipée et sommaire des preuves pour déterminer quelle pourrait être l'issue vraisemblable de la procédure (ATF 124 V 89 consid. 6a).

**12.3.** En l'espèce, la recourante a produit les moyens de preuve susceptibles d'établir sa situation financière. Il résulte de ces documents que les revenus sont inférieurs à ses charges courantes et que la fortune

est pratiquement inexistante. En ces circonstances, le Tribunal de céans estime que la recourante ne dispose pas de ressources propres suffisantes pour prendre en charge les frais de représentation et de procédure. En outre, la procédure ne paraissait pas d'emblée vouée à l'échec.

Il se justifie donc de dispenser la recourante du paiement des frais mentionnés et de lui attribuer Me Pierre Seidler comme avocat d'office. Compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, il se justifie d'allouer une indemnité de Fr. 2'500.- à charge de la caisse du Tribunal de céans.

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

La demande d'assistance judiciaire totale de la recourante est admise et Me Pierre Seidler est nommé comme avocat d'office dans la présente procédure.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**4.**

Une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- à titre d'assistance judiciaire est allouée à Me Pierre Seidler à charge de la caisse du Tribunal de céans.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant de la recourante (Acte judiciaire)
- à l'instance inférieure (n° de réf. \_)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de

preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).