



## Arrêt du 2 octobre 2013

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Beat Weber, Elena Avenati-Carpani, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Aba Neeman,  
1870 Monthey,  
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 20 août 2012).

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

La ressortissante portugaise A.\_\_\_\_\_, née en 1968, a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour un taux d'invalidité de 100% à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1999 par décision du 3 janvier 2001 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton du Valais (OAI-VS). Cette décision fut prise en raison des suites d'un accident de travail survenu le 13 novembre 1998 dans une chaîne de déplumage de volailles ayant atteint la main gauche de l'assurée, compliquée d'une algoneurodystrophie, auxquelles s'est greffé un état dépressif réactionnel chez une personne bien orientée dans le temps et l'espace, sans trouble psychique majeur mais nourrissant un sentiment négatif d'elle-même et d'incapacité à surmonter son handicap. Il sied de relever que dans un rapport du 13 mars 2000 le Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre, avait noté que l'incapacité de travail de l'intéressée était due à son accident de travail et que du point de vue psychiatrique il n'avait pas observé de troubles majeurs qui empêchaient une reprise de travail, toutefois des troubles psychiques réactionnels en stades d'observation n'avaient pas permis à l'intéressée d'envisager une reprise d'activité et l'OAI-VS renonça à la mise en place de mesures de réintégration professionnelle.

La rente entière fut reconduite par communications du 3 juillet 2001 puis du 24 octobre 2002. A compter du 1<sup>er</sup> mai 2003 l'intéressée prit domicile au Portugal et son dossier fut transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; cf. dossier OAI-VS).

**B.**

Dans le cadre d'une procédure de l'intéressée contre son assureur accident, lequel avait conclu que les troubles psychiques invoqués à la suite de l'accident survenu qualifié de gravité moyenne n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, appréciation confirmée par jugement du Tribunal cantonal des assurances valaisan du 11 septembre 2002, il ressortit d'un consilium psychiatrique du 6 juillet 2000, signé du Dr C.\_\_\_\_\_ de la Clinique romande de réadaptation, un status vigile bien orienté, sans trouble intellectuel patent, une thymie modérément dépressive, une labilité émotionnelle, un sentiment d'insuffisance, des idées dévalorisantes, pas de trouble formel de la pensée, la présence de plusieurs éléments en faveur d'une détresse psychologique et le diagnostic retenu avait été celui de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21 selon CIM10) (cf. dossier SUVA).

**C.**

Par communication du 2 octobre 2006, l'OAIE après révision du droit à la rente de l'intéressée informa l'assurée que son degré d'invalidité était inchangé (pce 13). L'OAIE se fonda notamment sur le rapport psychiatrique du Dr D.\_\_\_\_\_ du 16 février 2006 qui mit en évidence les signes objectifs suivants: humeur légèrement/moyennement dépressive, importante anxiété avec tendance à l'hyperventilation, épisodes de réveils en sursaut avec sensation d'étouffement et de mort imminente, présence d'un discours interne d'autodépréciation, indiquant un status non amélioré depuis le retour au Portugal et ayant conclu au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec symptôme somatique et dysthymie (F34.1), confirmé par le Dr E.\_\_\_\_\_, psychiatre pour l'OAIE, le 23 septembre 2006, ayant indiqué une incapacité de travail inchangée (pces 6/1 et 12).

**D.**

En septembre 2010 l'OAIE initia une nouvelle révision du droit à la rente. Il porta notamment au dossier les documents ci-après:

- Le questionnaire à l'assurée pour la révision de la rente daté du 7 février 2011 selon lequel l'intéressée n'avait pas repris d'activité lucrative (pce 21),
- Un rapport psychiatrique de la Dresse F.\_\_\_\_\_, daté du 21 mars 2011, notant à l'anamnèse une incapacité de travail en raison de l'atteinte à la main gauche et d'une symptomatologie dépressive réactive à la difficulté d'adaptation à sa situation d'incapacité, la nécessité depuis l'accident d'un traitement psychopharmacologique avec aggravations saisonnières, actuellement compensé, indiquant à l'examen mental un status conscient, orienté en temps, espace et personne, un contact empathique, pas de signe manifeste d'anxiété cognitive et moteur, une humeur subdépressive, pas d'altération de la perception des sens, ni de forme d'hallucination auditivoverbale, pas d'altération de la pensée, une attention maintenue, une compréhension et interprétation sans altération, pas d'altération de l'appétit, pas d'altération de l'instinct de conservation, posant le diagnostic de cadre clinique de perturbation dépressive récurrente (F33.4 CIM10), notant que sur la durée l'intéressée souffrait d'un tableau clinique chronique avec des symptômes l'affectant dans son fonctionnement social et occupationnel rendant nécessaire un suivi psychiatrique avec un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique (pce 25),

- Un rapport médical E 213 du Dr G.\_\_\_\_\_, daté du 15 mars 2011, notant un status somatique normal (155cm/56kg), un status mental émotionnel déprimé, des lombalgies, une impotence du membre supérieur gauche, une marche et des membres inférieurs sans altération, un tonus musculaire rigide avec une diminution de la force motrice, n'indiquant rien quant à la capacité de travail de l'intéressée (pce 26).

## **E.**

**E.a** Invité à se déterminer sur la documentation médicale, le Dr E.\_\_\_\_\_, psychiatre pour l'OAIE, retint dans son rapport du 12 juin 2011 un status actuellement compensé, sans angoisse, une humeur sub-dépressive, le suivi d'un traitement pharmacologique initié en 1998. Il indiqua le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4), nota une capacité de travail dans l'activité habituelle et des activités de substitution de 50% dès le 21 mars 2011. Il releva une amélioration de l'état de santé par comparaison des rapports des Drs D.\_\_\_\_\_ du 16 février 2006 et F.\_\_\_\_\_ des 21 mars 2011, ce dernier rapport ne mettant plus en évidence d'anxiété et le trouble dépressif étant compensé. Il nota que du point de vue objectif la Dresse F.\_\_\_\_\_ mentionnait une humeur subdépressive, à savoir que les symptômes n'avaient plus la sévérité d'une humeur franchement dépressive, qu'en l'occurrence le diagnostic était celui d'un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4). Il nota cependant que vu la notion d'aggravation saisonnière nécessitant la poursuite d'un traitement antidépresseur, l'assurée, bien que compensée actuellement, présentait une certaine fragilité, raison pour laquelle il était proposé une incapacité de travail de 50%. A ce titre il indiqua les activités de substitution ci-après: ouvrière non qualifiée dans une usine / fabrique / production en général, concierge / gardienne d'immeuble, surveillante de parking / musée, magasinière / gestion des stocks (pce 29).

**E.b** Requête de se déterminer sur le status somatique de l'intéressée, la Dresse H.\_\_\_\_\_ pour l'OAIE demanda le 20 juillet 2011 un rapport médical spécifique de la main gauche (pce 31). Celui-ci fut établi le 26 août suivant, signé du Dr I.\_\_\_\_\_, orthopédiste, concluant à une limitation de flexibilité avec rigidité et déficit de la force de préhension et incapacité de fermer la pince (pce 35). Sur la base de ce rapport, la Dresse H.\_\_\_\_\_ indiqua le 22 novembre 2011 qu'il existait des limitations fonctionnelles de la main gauche non dominante qui selon les descriptions étaient similaires aux descriptions antérieures et qu'il n'y avait dès lors

pas de modification significative, l'état étant stabilisé au niveau de la main gauche depuis plusieurs années. Elle conclut vu l'amélioration du status psychiatrique au caractère raisonnable d'une reprise d'activité à 50% (pce 41) et précisa en date du 19 décembre 2011 en plus des activités de substitution retenues par le Dr E. \_\_\_\_\_ celles de vente par correspondance, vente en général, distribution de courrier interne / commissionnaire, accueil / réceptionniste. Elle releva qu'au moment de l'attribution de la rente le problème psychiatrique n'était pas le problème majeur mais que pour des raisons de troubles psychiatriques il avait été renoncé à des mesures professionnelles (pce 43).

#### **F.**

Sur la base de ce qui précède l'OAIE établit en date du 13 janvier 2012 une évaluation de l'invalidité économique de l'assurée. Il s'ensuivit une perte de gain de 53.68%, soit 54% dès le 21 mars 2011 (pce 44).

Dans une prise de position requise par l'OAIE, la Dresse H. \_\_\_\_\_ indiqua le 24 février 2012 qu'il pouvait être attendu de l'intéressée, au vu du dossier, qu'elle mette tout en œuvre pour tirer parti de sa capacité de travail résiduelle dans une activité à mi-temps avec des ports de charge d'au plus de 5kg, sans travaux lourds, à l'abri de nuisance de froid, chaud, humidité et intempéries, tenant compte d'une résistance diminuée au stress, de la possibilité d'une activité ne requérant pas de précision, nécessitant une gestuelle simple de la main gauche (pce 46).

#### **G.**

**G.a** Par un projet de décision du 25 avril 2012, l'OAIE informa l'assurée que sur la base de son dossier il était ressorti que dès le 21 mars 2011 son état de santé s'était amélioré, qu'en l'occurrence la Dresse F. \_\_\_\_\_ ne mettait plus en évidence d'anxiété comme le Dr D. \_\_\_\_\_ l'avait fait dans son rapport du 16 février 2006 et que le trouble dépressif était compensé, seul persistant un trouble dépressif récurrent en rémission, qu'il en résultait une amélioration par rapport à la documentation antérieure. Il indiqua, évoquant les restrictions énoncées par la Dresse H. \_\_\_\_\_, l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité légère adaptée entraînant une diminution de la capacité de gain de 54% par rapport à l'ancienne activité pour laquelle l'incapacité était de 100%, ce qui entraînait le remplacement de la rente entière par une demi-rente d'invalidité (pce 47).

**G.b** A l'encontre de ce projet, l'intéressée fit valoir son désaccord par acte envoyé le 22 mai 2012. Elle indiqua que le rapport médical du 21 mars 2011 [de la Dresse F.\_\_\_\_\_] de plus d'une année ne pouvait être déterminant et n'était plus actuel. Elle requit une nouvelle appréciation de son état de santé et de nouveaux examens. Elle joignit à son envoi un avis médical psychiatrique de la Dresse J.\_\_\_\_\_] du 20 mai 2012, une note de nature psychiatrique signée du Dr K.\_\_\_\_\_] du 15 mai 2012 faisant état d'un status aggravé et un rapport orthopédique du Dr G.\_\_\_\_\_] du 15 mai 2012 énonçant les limitations de la main gauche connues (pces 48 et 49).

**G.c** Invité à se déterminer sur la documentation médicale produite, le Dr E.\_\_\_\_\_] pour l'OAIE indiqua que celle-ci sur le plan psychiatrique mentionnait un état dépressif majeur récurrent et de la fibromyalgie avec un traitement pharmacologique, un état résiduel de nature dépressive et anxieuse, un pronostic décrit comme réservé à cause de la chronicité et des facteurs de personnalité comme le neuroticisme et la dépendance, une actuelle dégradation de la psychopathologie avec altération marquée du sommeil et crise d'anxiété, soit un état clinique en aggravation et non en rémission. Il indiqua également un traitement antidépresseur augmenté depuis le mois d'août 2011 en raison d'une aggravation de l'état dépressif. Il indiqua que sa prise de position antérieure était basée sur un rapport psychiatrique précis de trois pages de la Dresse F.\_\_\_\_\_] du 21 mars 2011 qui avait mis clairement en évidence que l'état dépressif s'était amélioré depuis le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_] du 16 février 2006, que le rapport F.\_\_\_\_\_] avait alors retenu un trouble dépressif récurrent en rémission. Il indiqua que les seuls signes objectifs actuels cités par la Dresse J.\_\_\_\_\_] étaient une altération du sommeil et une anxiété, qu'il s'agissait d'une réaction au projet de diminution de la rente et non d'une aggravation de la dépression et que la mention d'un état résiduel de nature dépressive et anxieuse indiquait bien un état en rémission. Il maintint en conséquence sa prise de position antérieure du 12 juin 2011 (pce 51).

**G.d** Par décision du 20 août 2012, l'OAIE, pour les motifs indiqués dans le projet de décision, relevant que la nouvelle documentation médicale produite en procédure d'audition n'avait pas été de nature à modifier la prise de position de son service médical, remplaça la rente entière précédemment allouée par une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012 (pce 53).

## **H.**

L'intéressée, représentée par Me A. Neeman, interjeta recours contre cet-

te décision en date du 1<sup>er</sup> octobre 2012 auprès du Tribunal de céans. Elle fit valoir que son état de santé s'était dégradé depuis le rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_, insuffisamment étayé, comme cela résultait des derniers rapports médicaux produits, notamment celui de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 20 mai 2012. Elle indiqua que c'était à tort que l'OAIE n'avait pas tenu compte du rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_ bien plus étayé. Elle indiqua par ailleurs que la Dresse F.\_\_\_\_\_ ne l'avait vue qu'une quinzaine de minutes et n'avait pas retenu ses plaintes et souligna que son traitement antidépresseur avait dû être augmenté en relation avec l'aggravation de son état de santé. Relevant une nouvelle appréciation de son état de santé plus que la constatation de son amélioration, elle conclut sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision dont est recours et subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique (pce TAF 1).

#### **I.**

Dans sa réponse au recours du 3 décembre 2012, l'OAIE en proposa le rejet et la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir qu'il résultait de la documentation médicale une amélioration de l'état de santé de l'assurée qui lui permettrait de reprendre une activité lucrative adaptée à mi-temps dont il résultait un préjudice économique de 54%, taux ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité, et qu'en procédure de recours l'intéressée n'avait pas apporté de nouveaux éléments susceptibles de remettre en cause la prise de position établie le 12 juin 2012. Invitée à l'adresse de son représentant par ordonnance du 10 décembre 2012 à répliquer, l'intéressée n'y donna pas suite.

#### **J.**

Par décision incidente du 4 février 2013 le Tribunal de céans requit de la recourante une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 5-7).

#### **K.**

Par ordonnance du 6 août 2013 le Tribunal de céans informa la recourante qu'il envisageait d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision entreprise du 20 août 2012, par laquelle l'autorité inférieure avait remplacé la rente entière octroyée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1999 par une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2012, et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, afin que celle-ci procède à une instruction complémentaire. À la même occasion, le Tribunal de céans mentionna que, suite à ce renvoi, la question du droit à la rente et, cas échéant, celle de son taux et de la période d'octroi demeuraient ouvertes, de sorte que l'instruc-

tion complémentaire pourrait aboutir aussi bien à une augmentation de la prestation, qu'à la confirmation de la prestation octroyée précédemment ou à sa suppression, ce qui porterait préjudice à la recourante. Le Tribunal de céans invita de ce fait la recourante à se prononcer sur la suite qu'elle entendait réserver à la procédure, en particulier, à communiquer si elle entendait retirer son recours. La recourante répondit le 18 septembre 2013 maintenir le recours.

## **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), et l'avance de frais de procédure requise ayant été effectuée, le recours est recevable.

**2.**

L'objet de la décision attaquée du 20 août 2012 concerne le bien-fondé de la réduction de la rente entière d'invalidité – dont bénéficiait la recourante depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1999 – à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012.

**3.**

**3.1** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références), le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

**3.2** Au niveau du droit international, 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 1<sup>er</sup> juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont applicables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 – auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 – contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

**3.3** 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). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement

respectivement, pour le droit en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, art. 40 al. 4 en relation avec l'annexe V du Règlement n° n° 1408/71; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

**3.4** Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, trouvent application, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

#### **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 LPGA).

**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 des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, 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 indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

## 5.

**5.1** 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3054 ss, 3065).

**5.2** Selon une jurisprudence constante, une amélioration de la capacité de travail attestée médicalement conduit en principe, eu égard au devoir de se réadapter par soi-même, à une amélioration correspondante de la capacité de gain. Une appréciation contraire ne peut s'ensuivre qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsque, nonobstant les conclusions médicales, il appert du dossier que l'assuré ne pourra pas surmonter par lui-même et sans l'application de mesures préalables ses empêchements compte tenu de la longue durée du versement de la rente et des exigences du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral, on ne saurait ainsi notamment supprimer une rente sans avoir au préalable examiné les possibilités de réadaptation dans le cas d'un assuré qui a touché cette rente durant de très nombreuses années et qui ne dispose plus de l'expérience professionnelle lui permettant de se réadapter par lui-même (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Il en va différemment si la durée de l'octroi de la rente a été relativement courte et si des mesures de réadaptation ne s'imposent pas au regard de l'activité exercée par l'assuré ou qu'il pourrait exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_950/2009 du 25 septembre 2010 consid. 4; VALTERIO, op. cit., n° 3060).

**5.3** 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]).

**5.4** 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; VALTERIO, op. cit., n° 3063). 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 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).

**5.6** 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. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; VALTERIO, op. cit., n° 3085). L'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI 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. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

## 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, 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.

**6.2** 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).

## 7.

**7.1** 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.

**7.2** 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.).

**7.3** 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 remet-

tre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

## **8.**

**8.1** Dans le cadre de l'octroi de la rente, par décision du 3 janvier 2001, des motifs somatiques puis psychiatriques ont été déterminants. En un premier temps il avait été apprécié que l'invalidité de l'intéressée au niveau de sa main gauche était à l'origine d'une certaine incapacité de travail objective, mais, par la suite, des troubles psychiatriques réactionnels importants n'ont pas permis de réintégrer l'intéressée dans le monde du travail, de sorte qu'il lui a été allouée une rente entière.

**8.2** A l'occasion de la précédente révision du droit à la rente, ayant conduit à sa reconduction par communication du 2 octobre 2006, des motifs psychiatriques ont été seuls déterminants. Le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 février 2006 mit en évidence les signes objectifs suivants: humeur légèrement/moyennement dépressive, importante anxiété avec tendance à l'hyperventilation, épisodes de réveils en soubresaut avec sensation d'étouffement et de mort imminente, présence d'un discours interne d'autodépréciation. Il indiqua un status non amélioré depuis le retour au Portugal et conclut au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec symptôme somatique et dysthymie (F34.1). Faisant sien ce diagnostic, le Dr E. \_\_\_\_\_ conclut à un status sans amélioration.

**8.3** Dans le cadre de la présente révision, il sied de relever avec la Dresse H. \_\_\_\_\_ (rapport du 24 février 2012) que le status somatique peut être qualifié de stabilisé et qu'il peut être admis que l'intéressée pourrait exercer une activité de substitution légère adaptée à 50% ne demandant pas un usage rapide et précis des deux mains.

L'état de santé sous l'angle psychiatrique est par contre discuté. Dans un rapport du 21 mars 2011 la Dresse F. \_\_\_\_\_ relève une symptomatologie dépressive réactive à la difficulté d'adaptation à sa situation d'incapacité, la nécessité depuis l'accident d'un traitement psychopharmacologique avec aggravation saisonnières, actuellement compensé. Elle indique à l'examen mental un status conscient, orienté en temps, espace et personne, un contact empathique, pas de signe manifeste d'anxiété cognitive et moteur, une humeur subdépressive, pas d'altération de la perception des sens, ni de forme d'hallucination auditivoverbale, pas d'altération de la pensée, une attention maintenue, une compréhension et interprétation

sans altération, pas d'altération de l'appétit, pas d'altération de l'instinct de conservation. Elle pose le diagnostic de cadre clinique de perturbation dépressive récurrente (F33.4 CIM10) et note que sur la durée l'intéressée souffre d'un tableau clinique chronique avec des symptômes l'affectant dans son fonctionnement social et occupationnel rendant nécessaire un suivi psychiatrique avec un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique. Ce rapport ne s'exprime pas sur la capacité de travail de l'intéressée. Selon le rapport du 12 juin 2011 du Dr E.\_\_\_\_\_ de l'OAIE il y a lieu de retenir de ce rapport un status actuellement compensé, sans angoisse, une humeur subdépressive et le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). Sur cette base il indique notamment une capacité de travail dans des activités de substitution de 50% dès le 21 mars 2011. Il souligne une amélioration de l'état de santé par comparaison des rapports des Drs D.\_\_\_\_\_ du 16 février 2006 et F.\_\_\_\_\_ des 21 mars 2011, ce dernier rapport ne mettant plus en évidence d'anxiété et le trouble dépressif étant compensé. Il relève que du point de vue objectif la Dresse F.\_\_\_\_\_ mentionne une humeur subdépressive, à savoir que les symptômes n'ont plus la sévérité d'une humeur franchement dépressive, qu'en l'occurrence le diagnostic est celui d'un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4). Il note cependant que vu la notion d'aggravation saisonnière nécessitant la poursuite d'un traitement antidépresseur, l'assurée, bien que compensée actuellement, présente une certaine fragilité, raison pour laquelle il propose une incapacité de travail de 50%.

**8.4** Malgré l'amélioration de l'état de santé relevée par la Dresse F.\_\_\_\_\_ par rapport au précédent rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, le Tribunal de céans ne peut pas confirmer une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux restrictions physiques de l'intéressée. En effet, force est de constater que le service médical de l'OAIE ne saurait se fonder sur un rapport psychiatrique du 21 mars 2011 pour prendre une décision de diminution de rente d'invalidité le 20 août 2012, soit près d'une année et demie plus tard. Le Dr E.\_\_\_\_\_ admet du reste le caractère saisonnier/labile de la maladie psychiatrique de l'intéressée; on ne peut pas exclure que lors de l'expertise chez la Dresse F.\_\_\_\_\_ l'intéressée était dans une phase relativement positive. Vu le laps de temps écoulé entre le rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_ et la date de la décision attaquée, il aurait été donc préférable de verser aux actes une nouvelle expertise psychiatrique. En procédure d'audition l'intéressée produit une documentation médicale, notamment le rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 20 mai 2012 faisant état d'un état dépressif majeur, de fibromyalgie, de crises d'anxiété, d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatri-

que. L'aggravation constatée par la Dresse J.\_\_\_\_\_ semble relativement durable. L'intéressée suit d'ailleurs un traitement psychopharmacologique accru depuis août 2011. Des troubles de personnalité, en particulier un neuroticisme marqué prévalant tout au long du dossier, qui ont des années durant empêché une reprise de l'activité lucrative, sont relevés. L'amélioration constatée par la Dresse F.\_\_\_\_\_, sur laquelle se fonde le Dr E.\_\_\_\_\_, est mise en doute et ne peut pas être confirmée sans procéder à des nouveaux examens.

Il s'ensuit de ce qui précède qu'une nouvelle expertise psychiatrique est indispensable. A cette fin la cause est renvoyée à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA pour complément d'instruction.

## **9.**

**9.1** La recourante ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400.- francs lui est remboursée.

**9.2** La recourante ayant agi en s'étant fait représenter, il lui est alloué, compte tenu des écritures de son mandataire, une indemnité de dépens de 1'800.- francs à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :****1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 20 août 2012 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens du considérant 8.4.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400.- francs versée en cours de procédure par la recourante lui est remboursée.

**3.**

Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens de 1'800.- francs à charge de l'autorité inférieure.

**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 à Berne (recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :