



Arrêt du 5 mars 2014

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Manuel Bolivar, avocat,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE**, à l'étranger OAIE,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 13 septembre 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante de nationalité italienne et suisse née le (...) 1957, mariée, mère de deux enfants nés en 1980 et 1985, a géré un hôtel et un restaurant en Suisse en tant qu'indépendante de 1985 à 1991.

B.

Le 30 décembre 1992, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité à cause de ses problèmes lombaires (AI dossier 1). Dans son rapport du 15 avril 1993, le Dr B._____ indiquait que l'assurée avait subi deux interventions chirurgicales en 1987 et 1991, souffrait toujours de problèmes lombo-sciatalgiques, avait pris 25 kg en quelques mois, ce qui ne facilitait pas les choses, et présentait une incapacité totale de travail depuis le 15 novembre 1990. Après communication du 20 octobre 1993, l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (OAI-GE) a, par décision du 31 mars 1994, accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} avril 1992, retenant un degré d'invalidité de 100 % (AI dossier 1).

C.

Lors des deux premières procédures de révision, l'OAI-GE a confirmé le versement de la rente entière par communications des 25 janvier 1996 et 13 novembre 2001 (AI dossier 1).

D.

En 2006, l'OAI-GE a procédé à une troisième procédure de révision d'office. Dans ses rapports des 28 avril et 27 juillet 2006, la Dresse C._____ a indiqué que l'assurée avait subi une opération pour une hernie inguinale et une plastie abdominale en janvier 2006, qu'elle ne pouvait pas être debout de façon prolongée, ne pouvait pas porter de charges lourdes, ne pouvait pas être assise plus de 4 heures de suite sans possibilité de se lever pour marcher un peu et que, en respectant ces limitations fonctionnelles, elle présentait une capacité de travail de 60 % dès juillet 2006, l'exigibilité étant inférieure à 100 % en raison des dorso-lombalgies quotidiennes, surtout matinales, et parce que l'assurée avait besoin de beaucoup de temps pour exécuter ses tâches ménagères (AI dossier 1).

E.

Une observation professionnelle mise en œuvre par l'OAI-GE dès le 17 septembre 2007 n'a pas permis d'objectiver la possibilité ou l'impossibilité pour l'assurée de réintégrer le monde du travail, le médecin traitant ayant

établi un certificat médical dès le deuxième jour du stage (AI dossier 2 pce 7).

F.

Le 9 novembre 2007, la division de réadaptation de l'OAI-GE a indiqué que des mesures professionnelles devaient être refusées, compte tenu que l'assurée avait clairement indiqué lors du stage professionnel, qu'elle n'envisageait pas de reprendre une activité professionnelle à l'avenir, essentiellement pour des raisons personnelles et familiales (AI dossier 2 pce 9). Par projet de décision du 10 juillet 2008, l'OAI-GE a informé l'assurée qu'il entendait remplacer la rente entière d'invalidité de l'assurée par une demi-rente d'invalidité, au motif que l'assurée était à même de reprendre une activité lucrative à un taux de 60 % dans le domaine de la restauration ou de l'économie domestique où sa perte de gain serait de 55 % (AI dossier 2 pce 17). L'assurée a contesté le projet et argué que son état de santé ne s'était pas amélioré au cours des dernières années (AI dossier 2 pce 18). Par décision du 17 septembre 2008, l'OAI-GE a remplacé la rente entière par une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 2008 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours (AI dossier 2 pce 20).

G.

Dans son arrêt du 9 décembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales du Canton de Genève a admis le recours de l'assurée contre la décision de l'OAI-GE du 17 septembre 2008 et renvoyé la cause à l'administration pour instruction complémentaire auprès des médecins consultés par la recourante et, le cas échéant, mise en œuvre d'une expertise confiée à un spécialiste externe, qui serait chargé de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis le 20 octobre 1993, sur sa capacité de travail, ainsi que sur la mesure dans laquelle une activité était exigible de sa part, dans quelles conditions et à quel taux, et, cela fait, pour rendre une nouvelle décision sur révision (AI dossier 2 pce 47).

H.

Le 10 mars 2010, la Dresse C._____ a indiqué qu'elle n'avait pas revu l'assurée depuis avril 2009 et ne connaissait donc pas l'état de santé actuel (AI dossier 2 pce 56). Suite à la prise de domicile de l'assurée au Liban dans le complexe hôtelier dirigé par son mari (AI dossier 3 pce 6), l'OAI-GE a transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

I.

Le 21 février 2011, l'assurée s'est soumise, sur mandat de l'OAIE, à une expertise auprès du D._____ effectuée par la Dresse E._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Selon le rapport d'expertise du 4 juillet 2011 (AI dossier 3 pce 43), l'assurée présente les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail: un syndrome lombo-vertébral et un syndrome radiculaire S1 gauche résiduel (après discotomies en 1988 et 1991) ainsi qu'une spondylodiscarthrose et des séquelles de maladie de Scheuermann. L'arthrose nodulaire des doigts n'a pas d'influence supplémentaire sur la capacité de travail. L'assuré doit éviter les positions statiques prolongées et le port de poids de plus de 10 kg, ce qui constitue une contre-indication pour l'activité de restauratrice, cuisinière ou serveuse. La Dresse E._____ souligne que l'assurée n'admet pas volontiers que son état s'est amélioré depuis l'octroi de la rente et sa réduction de poids d'une trentaine de kilos, que le fait que l'assurée ait pu subir plusieurs interventions de chirurgie esthétique souligne son très bon état général et que l'analyse de sang démontre que l'assurée ne prend pas régulièrement ses anti-douleurs. L'experte constate que l'assurée peut marcher sur la pointe des pieds, les talons, s'agenouiller et se relever sans difficulté apparente, qu'il n'y a plus d'hypotonie fessière droite (comme décrite en 1988) et que les indices de mobilité rachidienne sont meilleurs qu'en 1988 notamment. La Dresse E._____ fait remarquer que l'assurée a donné très peu d'information sur ses projets professionnels, sur sa situation de collaboration aux côtés de son mari, actuellement manager d'un hôtel au Liban, et de ménagère depuis 1993. L'experte ne voit pas, dans une activité adaptée, de limitation ou de baisse rendement. Elle considère que l'assurée n'aura pas de problème à s'habituer à un rythme de travail et a démontré son aptitude à s'intégrer lors de changements de pays.

J.

Dans sa prise de position du 12 octobre 2011, le Dr F._____ du service médical de l'OAIE a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée, une activité à temps partiel à 60 % en position alternée et évitant le port de charges de plus de 10 kg et les postures non ergonomiques pour la colonne étant exigible depuis avril 2007 (AI dossier 3 pce 45).

K.

Par projet de décision 11 juin 2012 (AI dossier 3 pce 65), l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait confirmer la diminution de la rente d'invalidité

d'une rente entière à une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 2008 parce que l'état de santé s'était amélioré et la perte de gain n'était plus que de 52 % depuis avril 2007. Dans son courrier du 4 août 2012, l'assurée a argué qu'il n'y avait pas de motif de révision ou de reconsidération (AI dossier pce 70).

L.

Par décision du 13 septembre 2012 (AI dossier 3 pce 72), l'OAIE a confirmé la diminution de la rente d'invalidité d'une rente entière à une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 2008 parce que l'état de santé s'était amélioré et la perte de gain n'était plus que de 52 % depuis avril 2007.

M.

Contre cette décision, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral le 15 octobre 2012 (TAF pce 1), concluant pour l'essentiel à l'annulation de celle-ci et à la constatation qu'elle avait toujours droit à une rente entière aussi pour la période postérieure au 1^{er} novembre 2008 parce que son état de santé ne s'était pas amélioré. De plus elle a fait valoir qu'il n'y avait ni motif de reconsidération ni motif de révision. Elle a contesté le salaire retenu sans invalidité, a relevé que le rapport du D._____ présentait des contradictions manifestes et qu'une modification de la rente ne pourrait avoir effet que pour l'avenir.

N.

Dans sa réponse au recours du 11 décembre 2012 (TAF pce 3), l'OAIE a argué que l'état de santé de l'assurée s'était nettement amélioré selon le rapport du D._____. Il a cependant reconnu que la comparaison de salaires était erronée et a proposé de retenir un salaire mensuel sans invalidité de CHF 4'707.93 et un salaire mensuel d'invalidité de CHF 2'019.49, ce qui correspondait à une perte de gain de 57,1 % et donnait toujours droit à une demi-rente. L'OAIE a précisé que, lors de l'annulation d'une décision et du renvoi à l'administration pour un réexamen, cette dernière pouvait ensuite modifier le droit à la rente avec effet à partir de la date fixée dans la décision annulée, lorsque le complément d'enquête effectué en confirmait le bien-fondé.

O.

Par décision incidente du 14 décembre 2012, le Tribunal administratif fédéral a imparti à l'assurée un délai de 30 jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de 400 francs sur les frais de procédure présumés (TAF pce 4). L'assurée s'est acquitté dudit montant le 4 janvier 2013 (TAF pce 6).

P.

Par réplique du 29 janvier 2013 (TAF pce 7), la recourante a argué que l'OAI-GE avait procédé à une reconsidération, que les conditions nécessaires à une révision de la rente d'invalidité n'étaient pas remplies car l'état de santé de s'était pas amélioré, la recourante souffrant de nouvelles affections (arthrose nodulaire des doigts et fibromyalgie).

Q.

Dans sa duplique du 11 février 2013 (TAF pce 9), l'OAIE a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, précisant qu'il n'était pas lié par les conclusions prises par l'OAI-GE.

R.

Par courrier du 25 avril 2013, la recourante a renoncé à des observations supplémentaires (TAF pce 13).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

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

invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGGA.

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

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

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGGA, sont donc citées dans le présent arrêt

dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, sauf mention contraire, puisque les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

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. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

5.

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

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

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

5.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même mini-

mes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

6.

6.1 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.

6.2 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification.

6.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le

motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

6.4 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

7.

En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} avril 1992 selon la décision du 31 mars 1994 de l'OAI-GE (AI dossier 1). Lors des deux premières procédures de révision de rente en 1996 et 2001, l'OAI-GE a confirmé la rente entière sur les indications de l'assurée et n'a pas procédé à un examen matériel approfondi de l'état de santé (AI dossier 1). C'est seulement lors de la révision de 2006 que l'OAI-GE a examiné le cas en détail et est arrivé, dans sa décision du 17 septembre 2008, à la conclusion que l'assurée n'avait plus droit qu'à une demi-rente d'invalidité. La question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 31 mars 1994 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 13 septembre 2012.

8.

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente entière à partir du 1^{er} novembre 2008 sur une amélioration de l'état de santé à partir d'avril 2007, la recourante argue que son état de santé est resté le même.

8.1 Selon le rapport d'expertise du D. _____ du 4 juillet 2011 (AI dossier 3 pce 43), l'assurée présente les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail: un syndrome lombo-vertébral et un syndrome radiculaire S1 gauche résiduel (après discotomies en 1988 et 1991) ainsi qu'une spondylodiscarthrose et des séquelles de maladie de Scheuermann. L'arthrose nodulaire des doigts n'a pas d'influence supplémentaire sur la capacité de travail. L'assuré doit éviter les positions statiques prolongées et le port de poids de plus de 10 kg, ce qui constitue une contre-indication pour l'activité de restauratrice, cuisinière ou serveuse. La Dresse E. _____ souligne que l'assurée n'admet pas volontiers que son état s'est amélioré depuis l'octroi de la rente et sa réduction de poids d'une trentaine de kilos, que le fait que l'assurée ait pu subir plusieurs interventions de chirurgie esthétique souligne son très bon état général et que l'analyse de sang démontre que l'assurée ne prend pas régulièrement ses anti-douleurs. L'experte constate que l'assurée peut marcher sur la pointe des pieds, les talons, s'agenouiller et se relever sans difficulté apparente, qu'il n'y a plus d'hypotonie fessière droite (comme décrite en 1988) et que les indices de mobilité rachidienne sont meilleurs qu'en 1988 notamment. La Dresse E. _____ fait remarquer que l'assurée a donné très peu d'information sur ses projets professionnels, sur sa situation de collaboration aux côtés de son mari, actuellement manager d'un hôtel au Liban, et de ménagère depuis 1993. L'experte ne voit pas, dans une activité adaptée, de limitation ou de baisse rendement. Elle considère que l'assurée n'aura pas de problème pour s'habituer à un rythme de travail et a démontré son aptitude à s'intégrer lors de changements de pays.

8.2 Le Tribunal de céans constate que, vu le manque de collaboration de l'assurée, il a été difficile de procéder au complément d'instruction ordonné par le Tribunal cantonal des assurances sociales du Canton de Genève dans son arrêt du 9 décembre 2009. L'assurée s'est certes soumise à l'expertise auprès du D. _____ le 21 février 2011, mais elle a donné très peu d'information sur ses projets professionnels, sa collaboration aux côtés de son mari dans le complexe hôtelier au Liban et sa situation de ménagère depuis 1993. Alors que le D. _____, dans sa lettre du 6 décembre 2010, avait expressément prié l'assurée de prendre avec elle son dossier radiologique comprenant toutes ses radiographies, scanners et

IRM ou de les demander à son médecin traitant (AI dossier 3 pce 28), l'assurée s'est présentée à l'expertise sans radiographies et autres documents (AI dossier 3 pce 33) et, contrairement à ce qui avait été prévu avec l'experte lors de l'examen, elle n'a fourni aucun document complémentaire notamment sur ses prothèses mammaires, un rappel du D._____ étant resté sans réponse (AI dossier 3 pce 40).

8.3 Une recherche internet fait apparaître que l'assurée aurait publié un livre de recettes italienne, dont le bénéfice serait versé au centre oncologique infantile du Liban, et qu'elle serait responsable du restaurant italien du complexe hôtelier dirigé par son mari. Ces informations n'étant pas vérifiées, la question de savoir si l'assurée exerce ou a exercé une activité lucrative ces dernières années et quelle ampleur ont ou avaient ses tâches de représentation au côté de son mari peut restée ouverte. L'assurée elle-même a déclaré pouvoir faire son ménage seule, aller à la piscine de l'hôtel et faire de la gym ainsi que faire régulièrement des déplacements seule en avion entre la Suisse et le Liban. L'assurée indique des douleurs (subjectives) d'une intensité très élevée lors d'une palpation digitale des points de fibromyalgie, mais elle ne semble pas considérer qu'elle souffre de douleurs insupportables puisque, selon les résultats de l'analyse de sang lors de l'expertise du D._____, elle ne prend pas régulièrement ses anti-douleurs. Les critères fixés par la jurisprudence permettant de tenir compte dans des cas exceptionnels du caractère invalidisant d'une fibromyalgie n'étant à l'évidence pas remplis en l'espèce (ATF 132 V 65 consid. 4.3), la critique de la recourante à l'expertise du D._____ sur ce point n'est pas justifiée. Vu l'amélioration de l'état de santé constatée lors de l'expertise du D._____ depuis l'octroi de la rente en 1994, le Tribunal de céans considère que c'est à juste titre que l'OAIE a procédé à une révision et non à une reconsidération de la rente d'invalidité. Conformément à l'avis de la Dresse E._____, l'état de santé de l'assurée s'est nettement amélioré depuis 1994 puisque la recourante, dont la mobilité diminuait sans cesse à cause d'une prise de poids continue et massive à l'époque de l'octroi de la rente, a pu retrouver un poids presque normal, ce qui améliore nettement la situation du dos et des genoux. L'amélioration est objectivée par la disparation de l'hypotonie fessière et l'augmentation des indices de mobilité rachidienne. L'arthrose nodulaire des doigts n'a pas d'influence supplémentaire sur la capacité de travail. Le Tribunal fait sienne l'évaluation de la capacité de travail de la Dresse E._____ et considère que l'assurée présente, au moins depuis avril 2007 une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée, l'expertise étant consistante, bien motivée et répondant à tous les critères posés par la jurisprudence.

9.

9.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance des problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales.

Dans le cas où le salaire d'invalide est déterminé d'après les données retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), il doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La hauteur de la réduction relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5). Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

9.2 Alors que l'OAIE a retenu un degré d'invalidité de 52 % dans la décision attaquée, il a augmenté ce degré à 57,1 % dans sa réponse au recours du 11 décembre 2012 suite à une augmentation du revenu sans invalidité de CHF 4'176.33 à CHF 4'707.93, le salaire d'invalide de CHF 2'019.49 restant inchangé. Dans les deux cas, l'OAIE s'est basé sur les données statistiques de l'OFS aussi bien pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalide. L'assurée indiquant ne plus exercer d'activité lucrative depuis 1991, ce procédé est correct. En faveur de l'assurée, l'OAIE a retenu dans sa réponse au recours un degré de qualification 1 et 2, considérant que l'assurée exerçait une activité qualifiée puisqu'elle gérait un hôtel et un restaurant jusqu'en 1991. Pour le salaire d'invalide, l'OAIE, par contre, a retenu le degré de qualification 4 et un abattement de 20 % pour une activité adaptée avec un taux d'occupation de 60 %. Le changement de qualification et l'abattement relativement élevé tiennent

en outre compte de la longue période d'inactivité ayant éloigné l'assurée du marché du travail (cf. ATF 126 V 75). Même si la double réduction de salaire retenue est importante, le Tribunal considère qu'elle reste encore dans le pouvoir d'appréciation de l'administration. Il faut noter qu'un abattement de 10 % au lieu de 20 % ne donnerait pas d'autre résultat. Dans ce cas, l'assurée aurait également droit à une demi-rente d'invalidité.

10.

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

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

10.2 Même si la recourante a bénéficié d'une rente pendant plus de quinze ans, le Tribunal considère qu'une réadaptation par soi-même peut être exigée puisqu'une phase d'aide transitoire ne paraît pas nécessaire et il est tout à fait possible à la recourante de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré de l'emploi, que ce soit en Suisse ou au Liban, puisque un grand nombre d'activités lucratives exigibles répond aux limitations fonctionnelles à observer.

11.

C'est donc à raison que l'OAIE a confirmé la réduction de la rente d'invalidité par décision du 13 septembre 2012. Cette réduction peut prendre effet au 1^{er} novembre 2008 étant donné que le résultat de la première décision du 17 septembre 2008 doit être confirmé. Selon la jurisprudence (ATF 106 V 18 et 129 V 370), lors de l'annulation d'une décision et du renvoi à l'administration pour un réexamen, l'Office AI peut modifier le droit à la rente avec effet à partir de la date fixée dans la décision annulée, lorsque le complément d'enquête effectué en confirme le bien-fondé. Le recours, manifestement infondé, doit partant être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10], applicable par le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI).

12.

12.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante déboutée

(art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

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

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge de la recourante et sont prélevés sur l'avance de même montant déjà fournie.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

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

Expédition :