



---

Cour III  
C-6232/2011

## Arrêt du 10 janvier 2013

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Vito Valenti, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Cornelia Tinguely,  
Groupe SIDA Genève, 1202 Genève,  
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 14 octobre 2011.

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

La ressortissante française A. \_\_\_\_\_, née en 1962, a travaillé en Suisse depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1990 comme veilleuse aide-hospitalière (pces 12 et 26). Elle fut en arrêt maladie à compter du 28 août 1996 pour des lombalgies récidivantes avec épisodes de sciatique et des problèmes gastriques et fut diagnostiquée en octobre 1996 VIH+ [Virus de l'immunodéficience humaine positif] stade C3 (pce 11). N'ayant plus repris d'activité, elle déposa le 16 février 1998 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de Genève (OAI-GE) pour cause de maladie due au VIH+ et ses conséquences (pce 6). En février 1999 l'intéressée déménagea en Bretagne (pce 15). Dans un rapport du 17 octobre 2000, le Dr B. \_\_\_\_\_ de l'OAI-GE après examen du dossier médical retint l'incidence d'une fatigue résultant d'une trithérapie incompatible avec une quelconque activité salariée, une lipoatrophie considérable et un état dépressif inhibant toute activité. Il nota une bonne réponse au traitement suivi mais un pronostic variable et proposa l'admission d'une incapacité de travail totale avec révision dans les 2 ans avec charge de suivi du syndrome dépressif (pce 23). Par décision du 18 janvier 2002 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) retint une invalidité de 100% avec début du droit à la rente au 1<sup>er</sup> octobre 1997 (pce 28).

**B.**

**B.a** En mars 2010 l'OAIE initia une révision du droit à la rente de l'assurée (pce 38) et porta au dossier notamment les documents ci-après:

- un questionnaire à l'assurée datée du 6 juin 2010 n'indiquant pas de reprise d'activité lucrative depuis le 15 octobre 1996 (pce 41),
- divers rapports d'examens hématologiques, biochimiques, immuno-hématologiques datés du 22 octobre 1996 au 26 avril 2010 (pces 50 - 210),
- un rapport daté du 17 mai 2010 de la Dresse C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, indiquant les diagnostics d'infection par VIH depuis 1996 sous trithérapie et de dépression depuis 2005, notant les symptômes de fatigabilité due au traitement et ses effets secondaires, rapportant les indications subjectives d'asthénie, lipodystrophie du visage et dyslipidémie, relevant un pronostic de stabilisation, indiquant les limitations de port de charges lourdes, de concentration, un rendement ré-

duit de 100%, une inactivité quasi-totale physique et mentale sans amélioration possible par des mesures médicales, pas de reprise de travail envisageable, notant des limitations d'activités positionnelles par jour de l'ordre d'env. 30 minutes et en position assise de 45 minutes avec un port de charge limité à 2kg (pce 211),

- un rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du SMR Rhône pour l'OAIE daté du 30 juin 2010 relevant du dossier sur le plan somatique une stabilisation de la maladie de base VIH avec une nette amélioration biologique sous trithérapie du fait que la charge virale très élevée en 1996 (439'000 copies) avait rapidement diminué pour devenir indétectable alors que la formule sanguine qui montrait une anémie, une thrombopénie et une leucopénie s'était totalement corrigée, notant que les CD4 [glycoprotéines exprimées à la surface des lymphocytes] qui étaient abaissés à 51 en 1996 s'étaient également totalement corrigés en 2010 (529 au 26.04.2010), relevant que l'ensemble du bilan biologique était normal en particulier les tests hépatiques et que la tolérance du traitement était certainement meilleure que dans les premières années où il avait été relevé d'importants troubles digestifs, indiquant la présence d'une lipodystrophie du visage non forcément invalidante et le fait que des lombalgies n'étaient plus relevées, notant sur le plan psychiatrique l'indication d'un trouble dépressif selon la Dresse C. \_\_\_\_\_ mais dont la gravité n'était pas indiquée et un traitement antidépresseur léger n'évoquant pas un trouble sévère, concluant au vu du rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_ à la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire (pce 214),
- un rapport d'expertise pluridisciplinaire CEMed daté du 21 avril 2011 (consultation du 13 janvier 2011) signé des Drs E. \_\_\_\_\_, psychiatrie, et F. \_\_\_\_\_, médecine interne, indiquant les atteintes à la santé passées dont une infection au VIH diagnostiquée en 1996, un trouble anxiodépressif lié, un syndrome dépressif en 2005 suite à des troubles présentés par son fils né prématuré en 2004 à la suite d'une fausse-couche et d'un enfant décédé 5 jours après sa naissance, une hystérectomie en 2007 suite à un carcinome débutant de l'utérus, relevant les plaintes actuelles d'insomnies avec troubles de l'endormissement, de sommeil non réparateur, de manque d'énergie et d'autonomie, de fluctuation de l'état de fatigue non en relation avec l'effort physique, de douleurs diffuses, d'épigastalgies, coliques à répétition fluctuant selon l'état de tension ou d'angoisse, indiquant notamment à l'anamnèse systématique pas de signes cardiovasculaires, une dyslipidémie contrôlée, un poids stabilisé à 60kg, un transit perturbé avec

douleurs abdominales, un status neurologique dans la norme mais avec céphalées frontales, des douleurs ostéoarticulaires diffuses aux membres supérieurs et au dos ne permettant pas le port de charges lourdes et les positions sollicitant le rachis, pas d'atteintes pulmonaires, un status urogénital post hystérectomie sans particularité, sur le plan psychique un status annoncé peu résistant à l'effort, des problèmes de concentration, pas d'autres problèmes psychologiques, une forte anxiété en relation avec ce qui touche son fils et tous examens médicaux, notant un naturel plutôt extraverti, une grande émotivité, de l'impulsivité, une humeur fluctuante avec épisodes colériques, une confiance en soi quelque peu réduite, pas d'idées noires ni suicidaires, relevant des activités de type domestique rythmées par les tâches ménagères, les attentes de son fils en âge de scolarité et des cours hebdomadaires de salsa, relevant les données objectives d'un état général conservé (65kg/172cm, BMI de 22), un visage émacié, une silhouette mince, une bonne trophicité des membres supérieurs, une bonne tonicité des quadriceps et des fessiers, une lipodystrophie modérée des fesses et des cuisses, une vivacité et une démarche fluide, un excellent status collaborant sans fatigabilité plutôt enjoué, un discours informatif précis, la possibilité du maintien de la position assise [au cours de l'entretien] sans présenter d'inconfort, indiquant au niveau psychique une apparence plutôt jeune chez une femme de 49 ans, un status orienté aux trois modes, une émotivité à l'évocation d'antécédents psychiatriques, pas de trouble de la vigilance ni cognitifs, des compétences intellectuelles dans la norme, pas de ralentissement psychomoteur ni d'accélération psychique, pas de signe neurovégétatifs d'angoisse, un mode d'être paraissant euthymique bien que des crises colériques soient évoquées, relevant en synthèse et discussion un bon état clinique, une fatigue annoncée sans substrat organique, des examens biologiques dans les normes, des plaintes digestives possiblement en rapport avec les traitements médicamenteux, sans toutefois constituer un handicap significatif, pas de limitations fonctionnelles significatives toutefois le port de charges devant être limité à 15kg et les travaux en porte-à-faux ou en flexion antérieure du tronc devant être évités en raison des notions de lombalgies intermittentes dans le cadre d'une capacité de travail complète sans perte de rendement, retenant sur le plan psychique le diagnostic d'anxiété généralisée (CIM-10 F41.1) de longue date sans épisode d'anxiété paroxystique, l'anamnèse détaillée n'en ayant pas mis en évidence, sans symptôme résiduel de dépression ni fatigue entrant dans le cadre de troubles psychiques mais dont on peut retenir l'incidence sur une année d'une baisse de rendement de 10% dans le ca-

dre d'une capacité de travail complète, une médication à dose plus élevée permettant d'améliorer le status, énonçant également, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'infection VIH stade C3 dès 1996 avec évolution favorable, lombalgies intermittentes non spécifiques depuis 1996 et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, l'intéressée étant actuellement abstinente (F11.20) (pce 236),

- un rapport final SMR daté du 6 juin 2011, signé de la Dresse D.\_\_\_\_\_, relevant de l'expertise du CEMed une amélioration progressive de l'état de santé de l'assurée, un status actuel permettant sur le plan somatique, malgré des plaintes digestives et un suivi de la trithérapie avec contrôle trimestriel, l'exercice à plein temps d'une activité lucrative sous réserve d'activité légère avec port de charge limitée à 15kg et sans contrainte pour le dos et sur le plan psychiatrique l'exercice également d'une activité à plein temps sous réserve d'une baisse de rendement de 10% en raison du diagnostic d'anxiété généralisée pouvant s'améliorer par une augmentation du dosage du traitement antidépresseur (pce 238).

**B.b** Sur la base du rapport SMR précité, l'OAIE effectua une évaluation de la perte de gain le 23 juin 2011. Il prit comme base le salaire de l'assurée en 1994 relevé sur son compte individuel AVS (CI), soit 52'548.- francs [à noter qu'en 1995 le montant était plus bas], divisa celui-ci par 12 et indexa le salaire mensuel de 4'379.- francs (base 1939: 2051 pts) à 2008 (base 1939: 2499 pts) soit à 5'335.50 francs. Il compara alors ce montant à la moyenne des revenus des femmes pour des activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 dans le secteur privé en général, soit pour 40 h./sem. 4'116.- francs et pour 41.6 h./sem. selon le temps de travail usuel toutes branches confondues 4'280.64 francs et effectua un abattement de 20% pour tenir compte de circonstances personnelles dont l'âge de l'assurée et sa longue période de non activité, soit 3'424.51.- francs pris en compte à 90% à 3'082.06 francs, fondant ainsi une perte de gain de  $([5'335.50 - 3'082.06] \times 100 : 5'335.50 = 42.23\%)$  42% dès le 13 janvier 2011 (pce 239).

### **C.**

Par projet de décision du 5 juillet 2011 l'OAIE informa l'assurée des résultats apparus de l'expertise du CEMed de Nyon effectuée le 13 janvier 2011, en l'occurrence que son état de santé s'était considérablement amélioré, que sur le plan de la médecine interne les experts avaient pu conclure à un bon état général, à un syndrome de lipodystrophie modéré,

à l'absence de syndrome lombo-vertébral, à un examen neurologique dans les normes sans argument pour une atteinte centrale ou périphérique, à des examens biologiques dans les normes, qu'elle était ainsi sans limitation fonctionnelle significative somatique, les plaintes digestives étant en relation avec le traitement médicamenteux sans constituer toutefois un handicap significatif, sous réserve de limitations actuelles de port de charges de 15kg et de positions en porte-à-faux ou en flexion antérieure du tronc. Sur le plan psychiatrique l'OAIE indiqua qu'il ne pouvait être retenu selon le diagnostic d'anxiété généralisée de longue date qu'une diminution de rendement en moyenne de 10%, taux qui pourrait être encore amélioré en augmentant le dosage du traitement antidépresseur, qu'en l'occurrence son état de santé s'était considérablement amélioré tant sur le plan somatique que psychique depuis la décision d'octroi de rente du 20 février 2001. Il indiqua que compte tenu de son incapacité de travail de 100% dans sa dernière activité sa capacité de travail résiduelle fondait une perte de gain de 42% justifiant le remplacement de la rente entière payée jusqu'alors par un quart de rente. L'OAIE rendit de plus attentive l'assurée de son devoir d'augmenter le dosage de sa médication antidépressive, ce qui allait être vérifié lors de la prochaine révision de rente, avec l'incidence en cas de non compliance exigible d'une réduction ou suppression temporaire ou définitive de droit (pce 240).

L'intéressée fit valoir son désaccord avec le projet de décision en date du 5 août 2011 indiquant admettre une amélioration de son état de santé mais être dans l'impossibilité d'exercer une activité lucrative à plein temps en raison de sa fragilité et de sa fatigue résultant des effets secondaires de son traitement (pce 245).

Par décision du 14 octobre 2011 l'OAIE remplaça la rente entière allouée jusqu'alors par un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2011 pour les motifs énoncés dans son projet de décision. Il précisa que les observations de l'assurée du 5 août 2011 n'étaient pas de nature à modifier le bien-fondé du projet de décision, les conclusions des experts reposant sur une anamnèse détaillée, les plaintes de l'assurée, les investigations médicales et des examens objectifs. Il rappela l'obligation de l'assurée de se conformer à une médication augmentée de son antidépresseur (pce 248).

#### **D.**

Par acte du 16 novembre 2011 l'intéressée, représentée par Me C. Tinguely de Groupe Sida Genève, interjeta recours contre cette décision concluant à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi de mesures

de réadaptation. Elle fit valoir ne pouvoir augmenter le dosage de son traitement médicamenteux en raison d'intolérance, avoir débuté une psychanalyse depuis 2 mois, pâtir d'une réduction de rente sans que n'ait été examinée sa réadaptation et que des mesures de réadaptation lui aient été proposées, contrairement au principe selon lequel la réadaptation prime la rente. Elle admit sur le plan physique une amélioration de son état de santé mais contesta que cette amélioration puisse être retenue sans mesures de réadaptation, fait justifiant l'annulation de la décision attaquée. Par ailleurs, elle contesta être tenue légalement de devoir augmenter son dosage d'antidépresseur du fait qu'une telle obligation n'était prévue que par la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI et que de plus elle ne pouvait être obligée de se soumettre à un traitement contre son gré. Enfin elle requit d'être dispensée de l'avance des frais de procédure et de pouvoir compléter son recours suite à la production du dossier de l'AI. A l'appui de son recours elle joignit, d'une part, un certificat du 15 novembre 2011 de son médecin traitant, la Dresse C.\_\_\_\_\_, indiquant que sa trithérapie avait beaucoup d'effets secondaires de type fatigabilité, troubles du sommeil, dépression et troubles de l'humeur l'obligeant à compléter son traitement par un antidépresseur dont elle supportait mal les doses plus importantes et qu'en parallèle elle avait entrepris une psychanalyse depuis 2 mois, restant une personne fragile, ce qui rendait difficile une reprise de travail à plein temps et, d'autre part, une attestation datée du 15 novembre 2011 de M. G.\_\_\_\_\_, psychologue-psychanalyste, attestant d'une consultation hebdomadaire (pce TAF 1).

Par mémoire ampliatif du 12 décembre 2011 la recourante fit valoir que les résultats de l'expertise du CEMed étaient en totale contradiction avec le rapport médical de son médecin traitant du 17 mai 2010 qui relevait entre autres points l'impossibilité de maintenir une position au-delà de 30 minutes exceptée la position assise pendant 45 minutes et une limitation de port de poids de 2kg. Par ailleurs elle releva sur le plan psychologique sa fragilité, son anxiété, ses troubles importants d'endormissement mettant jusqu'à 2 heures pour s'endormir. Elle souligna n'être pas en mesure d'augmenter son traitement médicamenteux et que ceci ne pouvait être exigé d'elle et répéta être dans l'attente de mesures de reclassement vu que de l'avis de l'OAIE elle ne pouvait plus exercer son ancienne activité (pce TAF 5).

#### **E.**

Par réponse au recours du 4 mai 2012, l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise. A titre liminaire il indiqua, d'une part, que le non octroi de mesures de réadaptation ne faisait pas partie

du dispositif de la décision attaquée et n'était dès lors pas objet de litige et qu'à toute fin utile il était communiqué à la recourante qu'elle n'était pas couverte par l'AI pour de telles mesures et, d'autre part, que la non-compliance à une obligation de mesure thérapeutique fondant une sanction devait faire l'objet d'une décision ce qui n'était également pas l'objet de la décision dont était recours. Pour ce qui concerne la décision de révision du droit à la rente, l'OAIE rappela les circonstances de l'octroi de la rente entière à l'assurée par décision du 20 février 2001 et les conclusions du rapport d'expertise de CEMed du 21 avril 2011 relevant une manifeste amélioration de l'état de santé de l'intéressée depuis lors qui d'ailleurs ne le niait pas du moins sur le plan somatique. Il releva qu'elle ne faisait valoir aucun argument pertinent ni avait apporté quelque document permettant de mettre en doute les conclusions de l'expertise du CEMed, laquelle avait pleine valeur probante. Notant que l'intéressée n'avait pas contesté l'évaluation économique de l'invalidité, l'OAIE la confirma rappelant les éléments pris en compte dans le calcul effectué (pce TAF 13).

#### **F.**

Par réplique du 31 juillet 2012 la recourante maintint son objection à être contrainte d'augmenter le dosage de son antidépresseur arguant que l'injonction participait du dispositif de la décision attaquée du fait de l'incidence pour la prochaine révision d'une non-compliance. Elle souligna que légalement nul ne pouvait être obligé à recevoir un traitement contre son gré. S'agissant de la révision du droit à la rente elle releva que l'expertise du CEMed était contradictoire à celle plus détaillée de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 17 mai 2010 qui précisait le genre d'activité adaptée ou non et avait clairement indiqué les limitations de temps relativement aux positions. Elle souligna une capacité de concentration limitée à 10 minutes et une résistance d'environ 30 minutes. Enfin elle releva que du temps de son domicile en Suisse l'OAIE n'avait jamais examiné une réadaptation professionnelle. Elle conclut à l'annulation de la décision entreprise du fait de son caractère manifestement arbitraire et injustifié (pce TAF 17).

#### **G.**

Par décision incidente du 28 septembre 2012 le Tribunal de céans rejeta la demande d'assistance judiciaire sollicitée et requit de la recourante une avance de frais de procédure de 400.- francs, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 20-22).

**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.**

**2.1** L'objet de la décision attaquée du 14 octobre 2011 concerne la réduction de la rente entière d'invalidité – dont bénéficiait la recourante depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1997 – à un quart de rente, à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011. Le litige porte uniquement sur la réduction de cette prestation.

**2.2** La recourante conclut aussi à être mise au bénéfice de mesures de réadaptation. Dans la mesure où l'intéressée conclut à l'octroi d'une me-

sure de réadaptation, le recours concerne un point sur lequel l'autorité inférieure ne s'est pas prononcée d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Faute de décision sur les mesures de réadaptation, le Tribunal de céans ne peut dès lors se prononcer au fond sur cette conclusion (ATF 125 V 414 consid. 1a).

## **2.3**

**2.3.1** La recourante conteste également devoir être tenue selon la décision attaquée de suivre un traitement thérapeutique ne lui convenant pas. Selon l'art. 21 al. 4 LPGA les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

**2.3.2** Or si dans sa décision de rente, l'intimé a certes cité l'art. 21 al. 4 LPGA, il n'a toutefois pas enjoint l'assurée de se soumettre à un traitement spécifié, en soi l'indication d'un dosage "plus élevé" d'un antidépresseur ne constitue pas l'indication spécifiée d'un traitement. Le caractère "plus élevé" est en effet in casu indéterminé. La décision ne comprend par ailleurs aucune mise en demeure assortie d'un temps de réflexion. Les conditions d'application de l'art. 21 al. 4 LPGA ne sont dès lors pas réalisées (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_961/2008 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5930/2008 du 7 juillet 2010 consid. 7.1). En fait, l'indication de l'autorité inférieure constituait plutôt une simple invitation et non une réelle injonction qui, en cas de non observation, aurait conduit sans autre à la suppression de la rente. Le recours contre cette invitation est donc irrecevable faute d'intérêt pour la recourante à le contester.

## **3.**

**3.1** La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse,

d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

**3.2** L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1<sup>er</sup> avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement) – et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

**3.3** Selon l'art. 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.

**3.4** De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de

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

#### **4.**

L'examen du droit 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). Les dispositions de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont pas applicables.

Les documents médicaux produits après la décision attaquée ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé de l'assuré jusqu'au jour de la décision dont est recours.

#### **5.**

**5.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**5.2** Aux termes de l'art. 28 al. 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).

## **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. 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).

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 Tri-

bunal 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).

**6.2** 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]).

**6.3** 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).

**6.4** 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).

**6.5** 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).

## 7.

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.

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** Dans le cadre de l'octroi de la rente, le Dr B.\_\_\_\_\_ de l'OAI-GE, sur la base du dossier médical, retint dans un rapport du 17 octobre 2000 l'incidence d'une fatigue résultant d'une trithérapie incompatible avec une quelconque activité salariée, une lipoatrophie considérable et un état dépressif inhibant toute activité. Il nota une bonne réponse au traitement suivi mais un pronostic variable et proposa l'admission d'une incapacité de travail totale avec révision dans les 2 ans avec charge de suivi du syndrome dépressif. Il est manifeste qu'à ce moment des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables, contrairement à ce que la recourante a énoncé dans ses écritures, de plus l'intéressée était déjà partie en Bretagne depuis février 1999.

**9.2** Il appert de l'expertise du CEMed du 21 avril 2011, établie à la suite de la consultation du 13 janvier précédent, un état de santé sensiblement amélioré. La recourante ne le conteste d'ailleurs pas du moins sur le plan physique. Il sied de rappeler ici les constatations objectives de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du SMR Rhône datées du 30 juin 2010 établies sur la base des examens de laboratoires au dossier selon lesquelles la charge virale très élevée en 1996 (439'000 copies) avait rapidement diminué pour devenir indétectable alors que la formule sanguine qui montrait une anémie, une thrombopénie et une leucopénie s'était totalement corrigée, notant que les CD4 qui étaient abaissés à 51 en 1996 s'étaient également totalement corrigés en 2010 (529 au 26 avril 2010). La Dresse D.\_\_\_\_\_ releva que l'ensemble du bilan biologique était normal en particulier les tests hépatiques et que la tolérance du traitement était certainement meilleure que dans les premières années. Il ressort du rapport d'experts CE-Med notamment, sur le plan physique, un état général conservé, une bonne trophicité des membres supérieurs, une bonne tonicité des quadri-

ceps et des fessiers, une vivacité et une démarche fluide, la possibilité du maintien de la position assise [au cours de l'entretien] sans présenter d'inconfort, et, sur le plan psychique, un status orienté aux trois modes, pas de trouble de la vigilance ni cognitifs, des compétences intellectuelles dans la norme, pas de ralentissement psychomoteur ni d'accélération psychique, pas de signe neurovégétatifs d'angoisse, un mode d'être paraissant euthymique bien que des crises colériques soient évoquées à l'entretien, une émotivité à l'évocation d'antécédents psychiatriques.

**9.3** Sur le plan psychologique la recourante fait valoir une fragilité, une anxiété générale, une fatigue récurrente ne lui permettant pas, à son avis, la reprise d'un emploi. Il sied de relever que ses plaintes ont été évaluées par des experts qui n'ont pas mis en évidence de suivi psychiatrique ni l'existence d'une pathologie psychiatrique. Leurs constatations ne sont pas contredites par des rapports de nature psychiatrique qui mettraient en évidence l'existence d'une telle pathologie. La fragilité, l'anxiété et la fatigue évoquées par l'intéressée ont été dûment prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dont l'examen de la CEMed en janvier 2011 n'a pas relevé d'épisodes d'anxiété paroxystiques, de symptômes résiduels de dépression ni fatigue entrant dans le cadre de troubles psychiques. Les experts ont estimé que ces troubles pouvaient justifier tout au plus une diminution de rendement de 10%. Il s'ensuit de ce qui précède que le Tribunal de céans ne peut que retenir l'existence d'un status manifestement amélioré depuis la décision d'octroi de la rente entière en février 2002 en raison d'un status VIH+ de stade C3 et d'un syndrome de dépression, atteintes non constatées lors de l'examen de janvier 2011.

Dans ses écritures la recourante fait encore valoir que les limitations de travail évoquées dans le rapport de la Dresse C.\_\_\_\_\_ n'ont pas été prises en compte. Il convient de relever à ce titre que le rapport d'expertise CEMed a relevé la possibilité pour l'intéressée de rester assise sans manifester de gêne et de douleurs tout au long de l'entretien, que l'examen clinique n'a pas mis en évidence de limitations ostéo-articulaires et plus généralement que le rapport de la Dresse C.\_\_\_\_\_ n'a pas pu être confirmé à l'examen clinique lors de l'expertise du 11 janvier 2011.

## **10.**

**10.1** Selon la jurisprudence, une rente AI octroyée à un assuré âgé de plus de 55 ans ou pendant plus de 15 ans ne saurait être réduite ou supprimée sans que la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise

en évidence sur le plan médical soit objectivement confirmée. Il est en particulier nécessaire d'examiner si la réintégration dans le marché du travail doit être précédée d'une mesure de réintégration et/ou de réadaptation, sauf s'il apparaît que la personne assurée serait capable de réintégrer le marché du travail par ses propres moyens (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.2 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2., 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.2).

**10.2** In casu l'assurée compte une longue période de bénéficiaire d'une rente entière qui est toutefois inférieure à 15 ans ; en outre, elle n'a pas atteint l'âge de 55 ans. Les critères fixés par la jurisprudence ci-dessus ne sont donc pas remplis. À toutes fins utiles, il convient de relever qu'il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2<sup>ème</sup> éd. 2010, p. 383). Autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison de revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 consid. 7.1.2.1), à moins d'un déconditionnement pathologique grave. En l'espèce, la recourante ne présente nullement, indépendamment du critère de l'âge, un déconditionnement pathologique qui devrait entraîner de la part de l'OAIE un examen spécial de sa capacité de réintégration, elle bénéficie selon le rapport d'expertise CEMed de ressources lui permettant de trouver l'énergie nécessaire à se réintégrer.

## 11.

**11.1** 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.

**11.2** Le gain d'invalidité est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes 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 ré-

siduelle 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'invalidé 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).

**11.3** 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 de l'ESS.

## **12.**

**12.1** En l'espèce il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base de l'ESS 2010 indexée 2011 vu que la suppression intervient le 1<sup>er</sup> décembre 2011. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte indexés jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente suite au délai d'attente d'une année (ATF 128 V 174 et 129 V 222) ou, cas échéant, à la date retenue ensuite d'une révision.

**12.2** Le salaire annuel de l'assurée de 52'548.- francs en 1994 (base 1939: 2051 pts) actualisé 2011 (base 1939: 2604 pts) se monte à 66'716.23 francs selon l'évolution des salaires nominaux selon l'ESS, soit par mois à 5'559.68 francs.

**12.3** Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS 2010 (table TA1) indexé 2011. En l'occurrence les activités de substitution possibles s'inscrivent dans la détermination du revenu médian toutes branches confondues des femmes dans le secteur privé pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100%, soit en 2010 4'225.- francs pour 40 h./sem. et 4'394.- francs pour 41.6 h./sem., sous déduction de 20% pour tenir compte de l'âge de l'assurée, de sa période d'inactivité et de ses restrictions personnelles aux activités

légères, soit 3'515.20 francs valeur 2010 (base 1939: 2579 pts). Indexé 2011 (base 1939: 2604 pts) ce montant s'élève à 3'549.27- francs par mois. Pris en compte à 90% ce revenu s'élève à 3'194.34. De nombreuses activités d'entre elles peuvent être exercées en position assise et debout autorisant le changement fréquent de position, sans port de charges de plus de 15kg, sans entraîner de fatigabilité majeure ni de stress en étant pour certaines du type de celle précédemment exercée, de sorte que ces activités sont adaptées à la situation de la recourante. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale.

**12.4** En comparant le salaire avant invalidité de 5'559.68 francs par mois avec celui après invalidité de 3'194.34 francs, on obtient une perte de gain de 42.54% arrondie à 43% ( $[5'559.68 - 3'194.34] : 5'559.68 \times 100$ ). Ce taux ouvre le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 (cf. consid. 6.5).

Vu ce qui précède le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable (consid. 2 ci-dessus) et la décision entreprise confirmée.

### **13.**

**13.1** Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction .

**13.2** Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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

**1.**

Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

**2.**

Les frais de procédure de 400.- francs sont mis à la charge de la recourante et sont compensés avec l'avance de frais 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 à Berne (recommandé)

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).

Expédition :