



Cour III
C-6765/2010

Arrêt du 14 septembre 2011

Composition

Francesco Parrino, juge unique,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
recourante,

contre

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

Objet

assurance-invalidité (décision du 3 septembre 2010)

Faits :**A.**

La ressortissante espagnole A. _____, née en 1957, ancienne aide de cuisine d'une clinique médicale à Lausanne, a été mise au bénéfice à compter du 1^{er} juillet 1997 d'une rente entière d'invalidité par décision du 26 août 1999 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (pce 51). L'expertise médicale du Centre de médecine des assurances du 29 avril 1999 avait posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, associé à une anxiété généralisée et à un syndrome douloureux somatoforme persistant, affections limitant complètement sa capacité de travail avec faible pronostic d'une reprise du travail, une amélioration de l'état dépressif grave n'étant toutefois pas exclue. Le rapport releva par ailleurs que sur le plan somatique l'intéressée ne présentait pas d'affection limitant sa capacité de travail, qu'en particulier ses troubles statiques mineurs de la région rachidienne n'étaient pas invalidants sous réserve de pouvoir se reposer en s'asseyant 5 minutes chaque heure (pce 47).

B.

Retournée en Espagne fin 1999, le service de la rente fut repris par l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE). Suite à une première révision du droit à la rente, l'OAIE maintint par communication du 25 octobre 2001 le droit de l'assurée à une rente entière (pce 75), bien qu'un rapport E 213 daté du 28 juin 2001 ait relevé, après confirmation des diagnostics essentiels précédents, une incapacité de travail de 80% dans la dernière activité exercée mais la possibilité pour l'assurée d'exercer un travail adapté n'exigeant pas de grandes responsabilités avec un taux d'invalidité de 20% (pce 73).

Par communication du 7 mars 2006 la rente de l'intéressée fut une nouvelle fois confirmée (pce 88). Dans le cadre de la révision effectuée le Dr B. _____ de l'OAIE retint dans son rapport du 21 ou 27 février 2006 le diagnostic de syndrome anxiodépressif chronicisé avec personnalité hystérique, de syndrome somatoforme douloureux avec lombosciatalgie chronique, de diabète sucré et d'obésité. Il releva que selon le rapport psychiatrique au dossier il n'existait pas de pathologie psychiatrique nette, que l'intéressée était traitée par son médecin de famille et ne prenait pas de traitement antidépresseur mais qu'elle présentait [sur la base du dossier] de nombreuses plaintes ostéo-articulaires. Il nota que, malgré l'absence de pathologie psychiatrique démontrable, il n'existait pas d'amélioration objective (pce 87). Au dossier avait été joint un rapport

médical CH/E 20 de la Sécurité sociale espagnole du 9 novembre 2005 ayant retenu une incapacité de travail de 60% dans l'ancienne activité et une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée (pce 85).

C.

En date du 7 janvier 2010 l'OAIE initia une nouvelle révision du droit à la rente et porta notamment au dossier les documents ci-après:

- le questionnaire pour la révision de la rente daté du 20 janvier 2010 n'indiquant pas de reprise de travail (pce 92),
- un rapport psychiatrique du 18 mars 2010 du Dr C._____ notant une personne sans suivi médical, relevant un status dans la normalité, bien orienté, sans trouble de mémoire ni de concentration, sans trouble de compréhension ou de perception, ni dans le suivi et le contenu de la pensée, au bon contact affectif, sans altération significative de l'humeur ni labilité affective, ni idéations suicidaires, le langage et la psychomotricité étant sans altération, soit un status sans incapacité de travail d'origine psychiatrique (pce 94),
- un rapport E 213 du 13 avril 2010 notant l'historique des atteintes à la santé, relevant les plaintes de polyarthralgie généralisée, cervicalgies de répétition, coxalgie droite à la marche prolongée, relevant une colonne vertébrale sans contracture ni radiculopathie, une mobilité conservée, une marche normale, posant le diagnostic de diabète sucré de type I, hypertension artérielle, lombalgie chronique, arthrose de la colonne vertébrale, indiquant comme limitation une surcharge continue du rachis lombaire, la possibilité de travaux légers sans port et soulèvement fréquent d'objets, l'impossibilité d'exercer son ancienne activité plus de 2 heures par jour mais la possibilité d'exercer une activité adaptée à temps complet (pce 95).

D.

Invité à se déterminer sur le dossier, le Dr D._____ de l'OAIE retint dans son rapport médical du 18 mai 2010 une amélioration de l'état de santé de l'assurée et une incapacité dans les activités de substitution de 60% dès le 13 avril 2010. Il releva un status psychiatrique normal et un status orthopédique sans grave pathologie. Il indiqua que le diabète n'avait pas d'incidence additionnelle sur la capacité de travail du fait qu'il n'y avait pas de lésion organique. Il estima une capacité de travail présumable de 40% dans des activités de substitution telles surveillant de

parking / musée, vente par correspondance, vendeur de billets, standardiste / téléphoniste, saisie de données / scannage (pce 98).

Sur cette base, l'OAIE effectua une évaluation de l'invalidité économique de l'assurée en date du 23 juin 2010 qui détermina une invalidité de 66.25% (pce 99).

E.

Par projet de décision du 25 juin 2010 l'OAIE informa l'assurée que sur la base de la documentation médicale nouvellement produite il avait été constaté que l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé [telles celles précédemment indiquées] serait exigible et permettrait de réaliser plus de 30% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité, qu'en l'occurrence le status psychologique était normal et la consultation orthopédique ne donnait pas de constat pathologique grave de même que le diabète n'induisait pas de restriction de la capacité de travail de sorte que la rente versée jusqu'alors devrait être remplacée par trois quarts de rente (pce 100). L'intéressée n'ayant pas réagi à ce projet, l'OAIE rendit la décision en question en date du 3 septembre 2010 avec effet au 1^{er} novembre 2010 (pce 103).

F.

Contre cette décision, l'intéressée interjeta recours auprès du Tribunal de céans en date du 16 septembre 2010. Elle se référa au contenu de deux certificats joints des 21 et 23 juillet 2010 du Dr E._____, spécialiste en traumatologie et orthopédie, dont une reprise d'un rapport de résonance magnétique de la colonne lombaire établi par le Dr F._____ du 19 juillet 2010. Elle conclut implicitement à l'octroi d'une rente entière. Le Dr E._____ fit état d'un status s'aggravant depuis 4-5 ans ne permettant plus l'exercice en horaire normal de quelque activité requérant des efforts continus ou modérés comme le nettoyage, le repassage, rester debout, porter de petites charges, faire les lits, etc. Il retint, outre un syndrome anxio-dépressif chronique, le diagnostic de sévère dégénéropathie des espaces discaux L3-S1, d'arthrose sévère et sténose du canal médulaire, affections causant des douleurs lombaires chroniques permanentes à la marche, à la station orthostatique et aux flexions (pce TAF 1).

G.

Par décision incidente du 23 septembre 2010 le Tribunal de céans requit de l'intéressée une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti par un virement de Fr. 530.- (pces 2-4).

H.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE sollicita la prise de position du Dr G._____. Dans son rapport du 20 janvier 2011 ce médecin nota que le rapport de résonance magnétique du 19 juillet 2010 ne relevait aucun signe de compression de la structure neurologique, qu'il n'y avait pas de pathologie psychiatrique, que les indications du Dr E._____ étaient exagérées et que pour le reste son rapport n'apportait rien de nouveau. Il confirma une amélioration de l'état de santé de l'intéressée et indiqua que ses atteintes à la santé au rachis et sa fibromyalgie avaient été largement prises en compte (pce 108). Par réponse au recours du 9 février 2011 l'OAIE conclut en conséquence à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée (pce 8).

Invitée à répliquer par ordonnance du 17 février 2011 notifiée le 21 février suivant (pces TAF 9 s.), l'intéressée n'y donna pas suite.

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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2. Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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 pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3. Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1. L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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

2.3. De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1. 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).

3.2. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI à partir du 1^{er} 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).

4.

4.1. 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.

4.2. 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]).

4.3. L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{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 jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

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

4.5. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'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).

4.6. En l'espèce, l'octroi de la rente entière par décision du 26 août 1999 de l'Office AI du canton de Vaud est la base de comparaison avec la décision de réduction à trois quarts de rente du 3 septembre 2010 de l'OAIE. En effet, lors des deux révisions d'offices de 2001 et 2006 l'OAIE n'a pas procédé à un examen matériel complet ni clos la procédure de révision par une décision formelle.

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, 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.

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

6.

6.1. 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.

6.2. 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.). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). 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 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

7.

7.1. En l'espèce, l'intéressée a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière par décision de l'OAI-VD du 26 août 1999 essentiellement en raison d'un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, associé à une anxiété généralisée et à un syndrome douloureux somatoforme persistant ayant limité complètement sa capacité de travail. A ce moment il fut relevé que sur le plan somatique l'intéressée ne présentait pas d'atteinte limitant sa capacité de travail, qu'en particulier ses troubles statiques de la région rachidienne étaient mineurs et non invalidants. Ces diagnostics ont été reconduits en octobre

2001. Par communication du 7 mars 2006 la rente entière de l'intéressée fut à nouveau reconduite au motif selon le Dr B._____ de l'OAIE dans son rapport de février 2006 notamment d'un syndrome anxiodépressif chronicisé avec personnalité hystérique, d'un syndrome somatoforme douloureux avec lombosciatalgie chronique. Ce médecin releva toutefois qu'il n'existait plus de pathologie psychiatrique nette et que l'intéressée, suivie par son médecin traitant, ne prenait pas de médication pour des troubles psychiatriques. Il sied de relever par ailleurs qu'un rapport médical CH/E 20 de la Sécurité sociale espagnole daté du 9 novembre 2005 avait indiqué une capacité de travail dans l'ancienne activité de 60% et une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée.

7.2. Par comparaison de ce qui précède, force est de constater qu'en mars 2010 le rapport psychiatrique du Dr C._____ énonce sans aucune réserve un status psychologique dans la normalité et que l'épisode dépressif sévère retenu lors de l'octroi de la rente n'est plus présent. Ce status dans la normalité est de plus relaté dans le rapport E 213 du 13 avril 2010. Le rapport médical du Dr E._____ du 21 juillet 2010, qui n'est pas psychiatre, ne saurait remettre en question le rapport du Dr C._____. Sur le plan somatique le rapport E 213 fait certes état des plaintes de polyarthralgie de l'intéressée et pose le diagnostic notamment de lombalgie chronique et arthrose de la colonne vertébrale indiquant comme limitation une surcharge continue du rachis lombaire, mais le rapport énonce la possibilité de travaux légers sans port et soulèvements fréquent d'objets, plus généralement la possibilité d'exercer une activité adaptée à temps complet. Cette appréciation a été confirmée par le Dr D._____ de l'OAIE dans son rapport du 18 mai 2010 précisant que les autres atteintes à la santé, notamment le diabète, n'étaient pas invalidantes. Enfin, avec son recours, l'intéressée a produit un rapport de résonance magnétique du Dr F._____ daté du 19 juillet 2010 qui n'a pas fait état de graves atteintes au rachis, de sorte que de l'avis du 20 janvier 2011 du Dr G._____ de l'OAIE l'appréciation médicale du Dr E._____ ne saurait être retenue.

Il s'ensuit de ce qui précède qu'il peut être retenu une amélioration de santé sensible de l'intéressée au sens de l'art. 17 LPGA et que l'intéressée peut en tout cas exercer au moins à 40% - si non sensiblement plus au vu des éléments du dossier - une activité lucrative légère sans port et soulèvement de charges ne mettant pas le rachis à contribution. Or de telles activités sont nombreuses.

8.

8.1. 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.

8.2. Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

8.3. 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.

8.4. En l'espèce l'OAIE a déterminé sur la base d'une activité de substitution exercée à 40% un taux d'invalidité de 66.25% par rapport à son revenu antérieur. Une copie de la comparaison des revenus a été transmise à la recourante avec l'ordonnance du 17 février 2011. Les bases de calcul n'ayant pas été contestées mais seule la possibilité de l'exercice d'une activité lucrative légère adaptée, le taux retenu de 66.25% ouvrant le droit à trois quarts de rente peut être confirmé. Il est du reste manifeste qu'au vu du dossier l'intéressée pourrait exercer au plus tard depuis le rapport E 213 du 13 avril 2010 une activité légère adaptée au taux de 40% au moins.

9.

Dans le cadre de cette révision de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce

qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

10.

10.1. Le recours étant manifestement infondé, il est rejeté dans une procédure à juge unique en application de l'art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) auquel renvoie l'art. 69 al. 2 LAI en relation avec l'art. 23 al. 2 LTAF.

10.2. Les frais de procédure, fixés à CHF 400.-, 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 de Fr. 530.- dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction. Le solde de Fr. 130.- lui est remboursé.

10.3. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure d'un montant de Fr. 400.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais fournie de Fr. 530.-. Le solde de Fr. 130.- est remboursé à la recourante.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. __, Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

Le juge unique :

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 :