



---

Cour III  
C-6904/2013

## Arrêt du 19 décembre 2014

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Daniel Stufetti, Vito Valenti, juges,  
Barbara Scherer, greffière.

---

Parties

X. \_\_\_\_\_, France  
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, révision de la rente (décision du  
12 novembre 2013).

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

X.\_\_\_\_\_, ressortissante française née en 1959, a travaillé en Suisse en tant que frontalière et s'est acquittée des cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) durant une période de 5 années et 7 mois (cf. décision du 14 juillet 1994 [OAI pce 16.1 pp. 1 et 2]). Elle a été victime des accidents de la circulation le 22 novembre 1989, le 3 octobre 1991 et le 1<sup>er</sup> juin 1992 et n'a plus repris de travail depuis son dernier accident.

**B.**

Par décision du 14 juillet 1994, la Caisse suisse de compensation a octroyé à X.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> juin 1993, reposant sur un taux d'invalidité de 100% (OAI pce 16.1 pp. 1 et 2). L'administration a considéré que l'assurée souffrait principalement d'un trouble psychique et s'est notamment basée sur le rapport médical du 15 juin 1992 des Drs A.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ (OAI pce 16.5. pp. 48 et 49), le rapport médical du 24 novembre 1992 du Dr C.\_\_\_\_\_ (OAI pce 16.5 pp. 41 et 42), les rapports médicaux des 6 avril, 29 juillet et 27 septembre 1993 du Prof. D.\_\_\_\_\_ (OAI pce 16.5. pp. 30, 31, 35 et 37), le rapport de sortie de la clinique de réadaptation Bellikon du 8 décembre 1993, signé des Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ (OAI pce 16.5 pp. 18 à 23) ainsi que sur le rapport de l'examen du 28 avril 1994 du Dr G.\_\_\_\_\_ de la SUVA (OAI pce 16.5 pp. 15 à 17).

**C.**

Trois révisions de la rente d'invalidité ont eu lieu à la suite desquelles le maintien de la rente entière a été confirmé (cf. communication du 4 mai 1998 [OAI pce 16.1 p. 3], communication du 20 janvier 2003 [OAI pce 6] et communication du 19 mars 2007 [OAI pce 13]). L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Bâle-Campagne (ci-après : OAI-BL) a tenu compte des rapports d'expertise psychiatrique des 16 avril 1998 et 4 janvier 2003 du Dr H.\_\_\_\_\_ (OAI pce 16.3 pp. 1 à 7 et pce 5) ainsi que des rapports médicaux des 6 février et 8 mars 2007 du Dr I.\_\_\_\_\_ (OAI pces 10 et 11).

**D.**

Le 2 avril 2012, l'OAI-BL introduit d'office une nouvelle révision de la rente (OAI pce 17).

Dans le cadre de cette révision, sont versés au dossier notamment les documents suivants:

- le rapport de révision de la rente d'invalidité du 14 avril 2012, signé de l'assurée et du Dr J. \_\_\_\_\_; ils indiquent que l'état de santé est resté le même (OAI pce 17),
- le rapport médical du 13 juillet 2012 du Dr J. \_\_\_\_\_ qui fait notamment état d'une névralgie cervico-céphalique, des douleurs aux membres supérieurs et inférieurs gauche, des vertiges et des acouphènes ainsi que d'une incapacité de travail totale en raison de la gravité des troubles et des consignes résiduelles (OAI pce 21),
- le rapport de l'expertise bidisciplinaire du 1<sup>er</sup> mai 2013, signé du Dr K. \_\_\_\_\_, rhumatologue et du Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre. Ces experts concluent que l'assurée présente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2013 une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée. Cette capacité est motivée d'un point de vue rhumatologique seulement, l'état psychique de l'assurée s'étant amélioré (OAI pce 27),
- l'avis médical du 14 juin 2013 du Dr. M. \_\_\_\_\_ du service médical régional de l'OAI-BL qui confirme les résultats de l'expertise médicale. En outre, il estime qu'il sied d'examiner la mise en œuvre des mesures de réadaptation si l'assurée est motivée à se réintégrer professionnellement (OAI pce 29).

#### **E.**

Par projet de décision du 27 septembre 2013, l'OAI-BL signifie à X. \_\_\_\_\_ qu'il entend supprimer sa rente d'invalidité, son état de santé s'étant amélioré ce qui lui permet d'exercer une activité professionnelle à 70%. L'administration explique qu'il résulte de la comparaison des revenus, se basant d'une part sur un revenu sans invalidité de 46'853 francs, correspondant au salaire indexé que l'assurée a gagné auprès de son ancien employeur, et d'autre part sur un revenu avec invalidité de 37'368 francs, déduit des données statistiques et réduit à 70%, un taux d'invalidité de 20% qui ne donne plus droit à une rente (OAI pce 30).

#### **F.**

Par décision du 12 novembre 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE) alors compétent supprime la rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois

suyvant, à saoir au 1<sup>er</sup> janvier 2014. L'office retire par ailleurs l'effet suspensif à un éventuel recours formé contre la décision (OAI pce 33).

#### **G.**

Le 3 décembre 2013, X. \_\_\_\_\_ interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), concluant implicitement à l'annulation de la décision et au maintien du droit à une rente d'invalidité entière ainsi qu'à la restitution de l'effet suspensif au recours afin que le versement de sa rente d'invalidité ne soit pas suspendu durant la procédure. La recourante argue que depuis son accident du 1<sup>er</sup> juin 1992 elle est dans l'incapacité de travailler et que depuis plus de 21 ans elle est suivie médicalement par plusieurs médecins mais que malheureusement aucun traitement ou intervention n'a été concluant. Elle continue à ressentir les mêmes douleurs musculaires et n'arrive plus à réaliser d'efforts physiques; elle est aussi sujette à des migraines etc. (TAF pce 1).

A son appui, la recourante verse une attestation du 28 novembre 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_ qui certifie que sa patiente se présente régulièrement à sa consultation pour le renouvellement de son traitement médicamenteux pour toujours la même symptomatologie. Ce médecin conclut au maintien de la rente d'invalidité (TAF pce 1 annexe 3).

#### **H.**

Dans sa réponse du 23 janvier 2014, l'OAIE, qui se base sur la prise de position de l'OAI-BL du 17 janvier 2014, propose le rejet du recours, la confirmation de la décision attaquée et implicitement le rejet de la requête tendant à la restitution de l'effet suspensif du recours. L'administration avance en substance qu'elle s'est fondée sur le rapport d'expertise des Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2013 qui bénéficie de la pleine valeur probante, remplissant les conditions posées par la jurisprudence. Ces médecins ayant noté d'une manière convaincante une nette amélioration de l'état de santé de l'assurée, les remarques de la recourante ne permettent pas de s'en écarter. Par ailleurs, il n'y a en l'espèce pas lieu d'allouer des mesures de réadaptation professionnelle, l'assurée étant persuadée qu'elle ne peut plus exercer une activité professionnelle et en tant que frontalière elle ne bénéficie plus de la couverture d'assurance (TAF pce 5 et annexe).

#### **I.**

Le 4 février 2014, l'OAIE transmet au Tribunal les documents médicaux de l'assurée (TAF pce 6 et annexes).

**J.**

Par décision incidente du 17 février 2014, le TAF confirme le retrait de l'effet suspensif au recours et rejette la demande de la recourante tendant à la restitution de celui-ci (TAF pce 7).

**K.**

La recourante s'acquitte de l'avance des frais de procédure présumés de 400 francs dans le délai imparti (TAF pces 7 à 9).

**L.**

Malgré l'invitation du Tribunal (TAF pces 7 et 8), la recourante ne dépose pas de réplique.

**Droit :****1.**

**1.1** Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

**1.2** La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA en relation avec art. 37 LTAF; art. 1 al. 1 LAI).

**1.3** X. \_\_\_\_\_ a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce que la décision soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

**1.4** Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fond du recours.

**2.**

Le TAF 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/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, les actes administratifs et leur contrôle, 3<sup>e</sup> éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176).

La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF 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 elles doivent motiver leurs 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, 121 V 204 consid. 6c; arrêts du TAF C-6034/2009 consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006; MOSER/BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2008, p. 22 n. 1.55).

**3.**

L'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Par contre, c'est l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) qui notifie les décisions (cf. art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**4.**

**4.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 131 V 9 consid. 1 et 130 V 445 consid. 1.2). Dans le cas concret, la décision contestée ayant été rendue le 12 novembre 2013, sont alors déterminantes les dispositions légales en vigueur à ce moment-là.

**4.2 X.** \_\_\_\_\_ étant française et résidant dans son pays d'origine, est applicable 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) qui est entré en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1<sup>er</sup> juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1). En ce qui concerne la relation avec la Suisse, l'ALCP a été modifié avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012, raison pour laquelle sont en l'occurrence également relevants :

- le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), et
- le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

D'après l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. En outre, dans la mesure où l'ALCP, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, la procédure de même que les conditions à l'octroi d'une prestation de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse.

**4.3** Sont également pertinentes en l'occurrence 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). Les dispositions de la LPGA sont applicables si et dans la mesure où la LAI le prévoit (art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

## **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 art. 4 al. 1 LAI).

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 (art. 7 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

**5.2** Le Tribunal fédéral, par l'arrêt du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352) précisé notamment par l'arrêt du 16 décembre 2004 (ATF 131 V 49), a établi que les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi. Il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ces arrêts principaux du Tribunal fédéral marquent le passage à un durcissement de la pratique.

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, il faut retenir au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents 1) des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux.

**5.3** 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 (comparaison des revenus; art. 16 LPGGA).

**5.4** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (cf. l'ALCP en dérogation à l'art. 29 al. 4 LAI).

## **6.**

**6.1** En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

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). 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 références citées 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 la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées). 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 Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

D'après le Tribunal fédéral, il n'y a lieu d'adapter qu'exceptionnellement une décision relative à une prestation durable à une nouvelle jurisprudence. Il a expliqué que la jurisprudence établie par l'ATF 130 V 352 relative aux troubles somatoformes douloureux (cf. considérant 5.2 ci-dessus) ne

justifie pas la diminution ou la suppression d'une rente en cours (ATF 135 V 201 consid. 6 et 7).

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 al. 1 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. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 et 133 V 108 consid. 5.4).

**6.2** En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, l'alinéa 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6<sup>ème</sup> révision de l'AI, premier volet, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012) prévoit que les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique – tels que par exemple les troubles somatoformes douloureux ou la fibromyalgie (cf. Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6<sup>ème</sup> révision, premier volet) [FF 2010 p. 1736]) – devront être réexaminées lors d'une révision de rente et être réduite ou supprimée si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, même en l'absence d'une modification notable de l'état de santé ou de la situation professionnelle. Par contre, selon l'al. 4 de ces dispositions finales, l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision.

**6.3** La diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet en principe, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88<sup>bis</sup> al. 1 let. a du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI, RS 831.201]).

## 7.

**7.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en œuvre

une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

**7.2** Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le juge des assurances sociales 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 351 consid. 3a et les références). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

**7.3** La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne serait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médical est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale. La discussion de la genèse du problème de santé et des facteurs alimentant la maladie peut revêtir une importance particulière lorsqu'il s'agit de prouver la modification d'un état de santé psychiatrique dont le diagnostic est souvent soumis à un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

## 8.

**8.1** Dans le cas concret, le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité entière de X.\_\_\_\_\_. La recourante ayant touché une rente depuis le 1<sup>er</sup> juin 1993 (OAI pce 16.1. pp. 1 et 2) et ainsi depuis plus de 18 ans au moment de la révision introduite le 2 avril 2012 (OAI pce 17), l'al. 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 selon lequel une rente d'invalidité peut être révisée même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies, ne s'applique pas (cf. al. 4 des ces dispositions finales, citées sous consid. 6.2 ci-dessus).

Le présent litige porte donc sur l'existence d'une modification des circonstances susceptibles d'influencer le degré d'invalidité de l'assurée aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. consid. 6.1 ci-dessus). Singulièrement, la question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 14 juillet 1994, au moment de la décision initiale, et ceux qui ont existé le 12 novembre 2013, au moment de la décision querellée, quand bien même la rente entière a été confirmée lors des trois révisions antérieures (cf. jurisprudence citée sous le considérant 6.1 ci-dessus).

**8.2** Par décision du 14 juillet 1994, l'administration a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière principalement en raison du trouble psychique dont celle-ci souffrait. En effet, les Drs A.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont noté, entre autres, un état anxio-dépressif (rapport médical du 15 juin 1992 [OAI pce 16.5. pp. 48 et 49]), le Dr C.\_\_\_\_\_, neurologue, a retenu un syndrome subjectif des traumatismes crâniens associant cervicalgies, céphalées, sensations vertigineuses et troubles visuels (rapport médical du 24 novembre 1992 [OAI pce 16.5 pp. 41 et 42]), les Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, dans le rapport de sortie de la clinique de réadaptation Bellikon du 8 décembre 1993 ont également observé un état dépressif (OAI pce 16.5 pp. 18 à 23) et le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a diagnostiqué un syndrome cervical psychosomatique et subjectif qui s'est répandu à la partie gauche du corps (rapport de l'examen du 28 avril 1994 [OAI pce 16.5 p. 15 à 17]).

L'assurée présentait également des problèmes physiques. Le Prof. D.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, a conclu dans son rapport médical du 27 septembre 1993, à un syndrome cervical post-traumatique par élongation des tissus mous et peut-être, en raison du lâchage d'objets, à une légère souffrance vasculaire médullaire qui peut être régressive (OAI

pce 16.5 pp. 30 et 31) et les Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ de la clinique de réadaptation Bellikon ont fait état d'un diagnostic accidentel de commotion cérébrale, de distorsion cervicale et de contusion traumatique ainsi que d'un diagnostic fonctionnel lors de l'entrée à la clinique de syndrome cervico-céphalique, de syndrome cervico-brachialgique et d'insuffisance musculaire au niveau cervical (OAI pce 16.5 pp. 18 à 23).

**8.3** Il sied de prendre également en compte les rapports d'expertise psychiatriques du Dr. H. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, qui ont été versés au dossier lors des révisions antérieures. En effet, une comparaison de l'état de santé psychique (cf. consid. 8.1 ci-dessus) sur la base des rapports médicaux cités ci-dessus ne peut être effectuée que d'une manière restreinte, ces rapports se limitant souvent aux seuls diagnostics.

Dans le rapport d'expertise du 16 avril 1998 le Dr H. \_\_\_\_\_ fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), d'un trouble dépressif récurrent (F 33.0), d'un état après trois accidents de la circulation avec commotio cerebri et traumatisme de distorsions et contusions de la colonne cervicale, d'un syndrome cervico-céphalique, d'un syndrome cervico-brachialgique et d'une insuffisance musculaire au niveau des cervicales. Il conclut que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans sa dernière activité de main-d'œuvre qui impliquait un effort physique. Par contre dans une activité simple et légère, qui ne demande pas beaucoup de capacités intellectuelles et d'attention, l'assurée pourrait travailler 3 à 4 heures par jour (OAI pce 16.3 pp. 1 à 7).

Dans le rapport médical du 4 janvier 2003 le Dr H. \_\_\_\_\_ pose comme diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), un trouble dépressif récurrent (F 33.0) et des indices clairs, parlant en faveur d'une personnalité histrionique douloureuse ainsi que comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un état après trois accidents de la circulation, un syndrome cervico-céphalique, un syndrome cervico-brachialgique et une insuffisance musculaire au niveau des cervicales. Le médecin, observant une aggravation de l'état de santé de l'assurée, conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle (OAI pce 5),

**8.4** L'OAIE s'est basé dans sa décision du 12 novembre 2013 contestée essentiellement sur le rapport de l'expertise bidisciplinaire du 1<sup>er</sup> mai 2013, signé du Dr K. \_\_\_\_\_, rhumatologue, et du Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre;

ceux-ci retiennent les diagnostics suivants, ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) respectivement une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0),
- un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4),
- un syndrome douloureux chronique principalement cervico-spondylique et cervico-céphalgique avec un complexe de symptômes végétatif ainsi qu'une généralisation et amplification du syndrome d'hyposensibilité de la partie gauche du corps (ICD-10 M53.9 [dorsopathie sans précision] et R52.9 [douleur, sans précision]),
- une ostéochondrose et arthrose uncovertébrale bilatérale C5/C6, le début d'une altération vertébrale lombaire dégénérative, correspondant à l'âge de l'assurée,
- un défaut de forme de la colonne vertébrale et fausse position ainsi qu'un déséquilibre musculaire prononcé au niveau scapulaire et de la nuque ainsi qu'une insuffisance musculaire au niveau de la ceinture pelvienne,
- état après plusieurs traumatismes de distorsion de la colonne cervicale en 1989, 1990, 1991 et au 1<sup>er</sup> juin 1992,
- problématique chronique avancée avec une fausse assimilation de la douleur et une généralisation des douleurs.

Les médecins mentionnent les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail :

- une gonalgie à droite avec possible gonarthrose médiale débutante et une arthrose fémoro-patellaire,
- un déconditionnement musculaire général, adiposité.

Les deux experts concluent que l'assurée présente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2013, d'un point de vue rhumatologique, une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a noté une amélioration de l'état de santé psychiatrique (OAI pce 27).

**8.4.1** D'un point de vue psychiatrique, le Dr L. \_\_\_\_\_ retient toujours, comme le Dr H. \_\_\_\_\_ dans ses rapports d'expertise des 16 avril 1998 et 4 janvier 2003, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F. 45.4) même s'il pense que la recourante présente plutôt une majoration des douleurs pour des raisons psychologiques (F68.0; cf. p. 15 du rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> mai 2013 [OAI pce 27]). En revanche, le Dr L. \_\_\_\_\_ note également une amélioration de l'état psychique de l'assurée dans le sens qu'il y a une rémission du trouble dépressif observé auparavant; il

retient alors le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4).

En effet, ce médecin a observé, lors de l'examen du 2 avril 2013, que l'assurée ne présentait pas un trouble affectif, que son humeur était euthymique et aimable, qu'elle ne paraissait pas souffrante et qu'elle semblait s'être arrangée avec la situation. L'assurée a expliqué qu'elle passait ses journées à la maison, qu'elle accomplissait les tâches ménagères et qu'elle faisait les courses. Pour les travaux lourds, elle est aidée par sa fille. Ses deux enfants qui sont majeurs lui rendent régulièrement visite et elle entretient une bonne relation avec son mari. En dehors de sa famille, ses contacts sociaux sont limités mais l'assurée ne décrit pas un retrait social entier. De plus, l'assurée a rapporté qu'en principe elle n'est pas outre mesure de mauvaise humeur, qu'elle est parfois nerveuse et tendue, mais durant très peu de temps, et qu'elle se fait du souci pour l'avenir et qu'elle a peur de la mort, mais que cette peur n'affecte pas tellement son quotidien. Elle se réveille également parfois la nuit mais elle ne fait pas de rêves éprouvants et qu'elle va dormir tôt le soir et fait une sieste l'après-midi. Son appétit est changeant mais son poids ne vacille que peu.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a également constaté une amélioration générale de l'état de santé de l'assurée, ses troubles somatiques ne dictant plus ses journées avec la même intensité et l'assurée ne portant plus son collier cervical. Par ailleurs, ce médecin n'a pas pu objectiver de déficits cognitifs bien que l'assurée ait invoqué des troubles de la mémoire; il n'a pas non plus observé d'autres troubles psychiatriques.

Ces observations et constatations divergent notablement de celles mentionnées par le Dr H.\_\_\_\_\_. En 1998, ce dernier a remarqué que l'assurée portait toujours un collier cervical, qu'elle présentait des troubles mnésiques, que d'un point de vue formel sa pensée était ralentie, de contenu lourd, compliquée et monotone. D'un point de vue affectif elle a laissé une impression apathique, elle était très morne et il existait une fixation importante sur les douleurs (rapport du 16 avril 1998 [OAI pce 16.3 pp. 1 à 7). En 2003, le Dr H.\_\_\_\_\_ a constaté une aggravation de l'état de santé de l'assurée, son comportement maladif était régressif, sa fixation aux douleurs augmentée. Les symptômes dépressifs ont également augmenté, l'assurée était lors de l'examen sans vitalité aucune, son regard était apathique et vide et le médecin ne ressentait que peu de signes de vie. Dans ces conditions, la réalisation de l'examen psychopathologique était difficile, l'assurée étant incapable d'y participer et n'ayant pas pu être

distracte de sa fixation aux douleurs. L'assurée portait par ailleurs toujours son collier cervical (rapport du 4 janvier 2003 [OAI pce 5]).

Comparant ces descriptions des Drs H. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, le Tribunal note que l'état de santé psychique de l'assurée s'est amélioré d'une manière significative depuis les rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ datant de 10 et 15 ans. Il peut donc suivre les conclusions claires et bien étayées du Dr L. \_\_\_\_\_ qui a estimé que d'un point de vue psychiatrique l'assurée ne présente plus d'incapacité de travail après une période d'adaptation de trois mois environ pendant laquelle la capacité de travail sera réduite de 30% (OAI pce ).

**8.4.2** D'un point de vue somatique, le Dr K. \_\_\_\_\_ a observé comme nouvelles affections des altérations dégénératives au niveau de la colonne cervicale et lombaire ainsi qu'une gonalgie. Pour l'essentiel la recourante présentait cependant toujours les mêmes troubles observés à la suite de l'accident de 1992. L'expert a constaté des limitations fonctionnelles au niveau de la colonne cervicale et de la colonne de la vertèbre dorsale ainsi qu'une chronification et amplification des douleurs. Il a également observé qu'il existait toujours une divergence importante entre les plaintes de l'assurée et les éléments objectivables. En conclusion, il atteste une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée légère ou moyennement lourde, permettant à l'assurée de changer régulièrement de position. Il explique que cette réduction de la capacité de travail est motivée par la chronification avancée de la problématique.

Le Dr J. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 14 avril et 13 juillet 2012 (OAI pces 17 et 21) et du 28 novembre 2013 (TAF pce 1 annexe 3), ne relève pas d'autres pathologies. Le médecin traitant de l'assurée mentionne que sa patiente se plaint toujours de la même symptomatologie retrouvée dans les comptes-rendus de l'époque des accidents de voiture (TAF pce 1 annexe 3).

Le Tribunal de céans peut donc retenir les diagnostics du Dr K. \_\_\_\_\_. Ses conclusions dûment motivées, peuvent également être suivies.

**8.4.3** Comme conclusion, les Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont estimé que la recourante présente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2013 (date du rapport d'expertise) une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée légère ou moyennement lourde qui n'implique pas de responsabilités et qui permet à l'assurée de changer ses positions. Le Dr M. \_\_\_\_\_ du service médical

régional de l'office AI a confirmé ces conclusions dans son avis du 14 juin 2013 (OAI pce 29). Le TAF n'a pas de raisons de s'en écarter.

**8.5 X.**\_\_\_\_\_ conteste que son état de santé se soit amélioré. Elle argue qu'elle continue à ressentir les mêmes douleurs et qu'aucun traitement ou intervention médical n'a été concluant. Elle s'appuie sur les certificats médicaux du Dr J.\_\_\_\_\_ des 14 avril et 13 juillet 2012 (OAI pces 17 et 21) et du 28 novembre 2013 (TAF pce 1 annexe 3) lequel atteste que sa patiente présente toujours une incapacité de travail de 100%.

Cela-étant, le Tribunal remarque que les rapports très succincts du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, ne peuvent remettre en question les conclusions dûment motivées et convaincantes des Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_; leur rapport du 1<sup>er</sup> mai 2013, reposant sur l'entier du dossier médical constitué ainsi que sur l'examen approfondi de la personne de l'assurée et tenant compte des plaintes de celle-ci, remplit entièrement les exigences jurisprudentielles en la matière (cf. consid. 7.2 et 7.3 ci-dessus). En particulier, la recourante ne fait état d'aucun élément précis qui justifierait, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. Elle ne prétend pas non plus que l'expertise comportait des contradictions. En outre, ni la recourante ni son médecin traitant avancent des maladies dont ces experts n'ont pas tenu compte. Or, d'après la jurisprudence, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration du seul fait qu'un ou plusieurs médecins (traitants) ont une opinion contradictoire alors qu'ils ne font pas état d'éléments nouveaux et pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2010 consid. 2.2; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1).

**8.5.1** Au vu de ce qui précède, le Tribunal conclut que l'assurée présente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2013 une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée légère ou moyennement lourde qui n'implique pas de responsabilités et qui permet à l'assurée de changer de positions.

## **9.**

L'administration a ensuite procédé à une comparaison des revenus afin de pouvoir déterminer le taux d'invalidité de l'assurée (cf. consid. 4.3 ci-dessus).

**9.1** Pourtant, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'administration, qui dans le contexte d'une révision envisage de réduire ou de supprimer la

rente d'invalidité, doit examiner s'il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voir des mesures de réadaptation au sens de la loi afin que la personne assurée puisse recouvrer sa capacité de travail attestée d'un point de vue médico-théorique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5).

Seul dans le cas où il apparaît d'emblée que l'assuré n'a pas besoin d'une telle mesure – parce qu'il peut entreprendre sa réintégration professionnelle de son propre chef – il peut être procédé immédiatement au calcul du taux d'invalidité (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, in SVR 2010 IV n° 9 p. 27). Dans une telle situation, il convient en effet d'admettre que la personne assurée est apte au placement au sens de l'assurance-chômage (art. 15 LACI; voir également art. 14 al. 2 LACI; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_368/2011 cité consid. 5.1.1).

**9.2** En principe, il appartient à l'assuré d'entreprendre lui-même tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. art. 7 LAI; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'invalidité (AI), 2011, n° 1254); partant, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet en règle générale d'inférer une amélioration de la capacité de gain (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1, 9C\_368/2010 cité consid. 5.2.2.1 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2).

La situation se présente d'une manière différente lorsque la réduction ou la suppression du droit à la rente, par révision (art. 17 al. 1 LPGGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA), concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis 15 ans au moins. Bien que la personne assurée ne puisse pas se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération, il y a lieu d'admettre à titre exceptionnel que dans ces deux situations les mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement attestée (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_254/2011

citée consid. 7.1.2.2 et 9C\_920/0213 du 20 mai 2014 consid. 4.4). La valorisation économique de la capacité de travail résiduelle retenues par les médecins présuppose donc en principe l'octroi préalable des mesures de réadaptation; autrement dit, dans ces cas, l'octroi d'une mesure de réadaptation présente en général une condition sine qua non (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_368/2010 cité consid. 5.1.2 et 5.2.2).

**9.3** Aux termes de l'art. 8 al. 3 LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel telles que l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capitale (let. b).

## **10.**

**10.1** En l'espèce, X. \_\_\_\_\_, qui a été au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis plus de 20 ans (du 1<sup>er</sup> juin 1993 au 31 décembre 2013), fait incontestablement partie de la catégorie des assurés dont il convient de présumer qu'ils ne sont pas en mesure de tirer profit de leur capacité résiduelle de travail sans aide aucune de la part de l'assurance-invalidité. De plus, le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 14 juin 2013, a estimé qu'il est indiqué d'examiner la mise en œuvre d'une mesure tendant à la réadaptation professionnelle de l'assurée pour autant que celle-ci est motivée (OAI pce 29 p. 2). Du reste, d'un point de vue professionnel, il ne se trouve pas d'éléments dans le dossier qui établissent d'entrée que l'assurée disposerait des facultés lui permettant de se réintégrer de son propre chef (pour des exemples voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.4, 9C\_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2 et 9C\_720/2007 du 28 avril 2007 consid. 4.2).

**10.2** Dans sa prise de position du 17 janvier 2014 (TAF pce 5 annexe), l'OAI-BL soutient que la mise en œuvre de mesures professionnelles n'est pas indiquée, X. \_\_\_\_\_ étant persuadée qu'elle ne peut plus exercer une activité professionnelle en raison de son état de santé. Partant, il n'y avait pas lieu d'examiner l'opportunité d'une telle mesure. A son appui, l'office cite des arrêts du Tribunal fédéral.

**10.2.1** Le TAF ne peut suivre l'argumentation de l'administration.

Dans le cas où il s'avère que l'octroi d'une mesure professionnelle de réadaptation préalable est en l'espèce une condition sine qua non afin que l'assurée puisse retrouver sa capacité de travail attestée, l'administration ne peut réduire ou refuser la rente d'invalidité que dans les conditions

déterminées à l'art. 21 al. 4 LPGA que l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_768/2009, invoqué par l'administration, cite par ailleurs. D'après cette disposition légale, 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 par la santé ne peuvent être exigés.

L'art. 7b al. 1 LAI renvoie expressément à cette disposition, prévoyant notamment que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI qui traite de l'obligation générale de l'assuré d'entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (obligation de réduire le dommage; al. 1) et particulièrement de l'obligation de participer activement à des mesures raisonnablement exigibles contribuant à la réadaptation à la vie professionnelle (al. 2). Les exceptions décrites dans l'art. 7b al. 2 LAI ne sont pas réalisées en l'espèce.

D'après la jurisprudence, il n'y a opposition à des mesures de réadaptation que lorsque la personne assurée s'est soustraite ou s'est opposé, sans motifs valables, à des mesures concrètement précisées (RCC 1976 p. 100 consid. 2; ATF 97 V 173 consid. 2; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 1270 p. 353).

**10.2.2** Alors qu'il est vrai que X. \_\_\_\_\_ mentionne dans son recours du 3 décembre 2013 qu'elle est en incapacité de travailler depuis son accident du 1<sup>er</sup> juin 1992 (TAF pce 1) et que le Dr L. \_\_\_\_\_ a noté que l'assurée pense qu'elle est entièrement incapable de travailler, raison pour laquelle une mesure professionnelle ne pourra pas être exécutée (p. 17 du rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> mai 2013 [OAI pce 27]), le Tribunal constate que l'administration n'a pas procédé selon l'art. 21 al. 4 LPGA. La jurisprudence avancée par celle-ci ne lui est pas utile; l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_768/2009 renvoie justement à cette disposition légale et dans les affaires du Tribunal fédéral 9C\_579/2011 du 10 octobre 2011 et 9C\_831/2010 du 3 février 2011 consid. 4.2, contrairement au cas concret,

l'administration avait proposé à la personne assurée des mesures de réadaptation; les autres arrêts cités, ainsi que les références auxquels ils renvoient ne traitent pas de cette question.

#### **11.**

En conclusion, le Tribunal constate que l'Office AI n'a pas procédé à un examen complet de la situation et l'affaire doit être renvoyée à l'autorité compétente. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il l'est justifié en l'espèce, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), l'instruction de l'administration étant lacunaire. Celle-ci devra déterminer dans un premier temps si la recourante a besoin d'une aide de réadaptation préalable, si elle est disposée à participer à une mesure concrète et si les conditions du droit à des mesures de réadaptation sont réalisées. Au terme de ce processus, l'autorité inférieure procédera, cas échéant, à une évaluation du taux d'invalidité et se prononcera sur le maintien, la réduction ou la suppression de la rente d'invalidité (cf. arrêt du TAF C-4304/2011 du 8 juillet 2013 consid. 7).

#### **12.**

Quant au retrait de l'effet suspensif au recours, confirmé par le Tribunal par décision incidente du 17 février 2014 (TAF pce 7), il est utile de rappeler que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral celui-ci couvre en règle générale la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi à l'autorité jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 129 V 370 et 106 V 18; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 2 à 4). Partant, le versement de la rente d'invalidité entière reste suspendu jusqu'à la nouvelle décision de l'OAIE quant au maintien, à la réduction ou à la suppression du droit à une rente.

**13.** Il reste à examiner la question des frais de procédure et des dépens.

**13.1** En règle générale, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA), a contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit en principe pas ces frais (cf. aussi art. 63 al. 3 PA).

Selon la jurisprudence une recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ainsi, en l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de 400 francs versée par la recourante lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force.

**13.2** La recourante ayant agi sans être représentée par un mandataire professionnel et n'ayant pas dû supporter de frais relativement élevés, il n'est pas alloué de dépens (cf. art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

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

**1.**

Le recours est admis et la décision attaquée annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'OAIE pour un complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**3.**

L'avance de frais de procédure de 400 francs, versée par la recourante, lui sera restituée par le Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

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 (Recommandé).

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse 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 :