



Arrêt du 27 juillet 2011

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Stefan Mesmer, Vito Valenti, juges,
Yann Hofmann, greffier.

Parties

A. _____, ,
représentée par Maître Stefan Graf, Etude J.-D. Théraulaz &
S. Graf, 4, ch. des Trois-Rois, case postale 7540,
1002 Lausanne,
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 1^{er} octobre 2009)

Faits :**A.**

A._____, née le , frontalière française travaille en Suisse à compter de 1989, en qualité de serveuse dans un café-restaurant sis à . Elle est hospitalisée à la suite d'une hémorragie méningée survenue le 31 décembre 1990 en rapport avec un anévrysme supra-clinoïdien de la carotide interne droite. L'intéressée cesse de travailler à compter de ce jour.

B.

En date du 27 mars 1992, A._____ dépose une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse.

Sur le plan neurologique, des séquelles après une rupture d'anévrysme, à savoir une hémiplégie gauche/steppage du pied gauche avec paralysie à 90% des releveurs des orteils et du pied et une paralysie faciale droite ont essentiellement été diagnostiquées. Les médecins sollicités l'ont déclarée incapable à 100% dans son ancienne profession. Le Dr Larsimon, dans ses attestations des 7 juillet et 12 octobre 1992, précise toutefois qu'à son sens l'intéressée pourrait reprendre, à terme à plein temps, un travail n'impliquant pas de station prolongée debout.

Par décision du 19 juillet 1993, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI-VD) octroie à A._____ une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 1991.

C.

Dans le cadre d'une première procédure de révision, l'OAI-VD verse au dossier les certificats des 6 novembre 1999 et 21 octobre 2000 du Dr Pellerey, lequel retient des séquelles de rupture d'anévrysme carotidien interne droit avec seppage du pied gauche par paralysie quasi-complète des releveurs du pied et des orteils. Ce médecin fait état d'un état séquellaire non-améliorable. Dans son attestation du 19 avril 2001, il conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle de A._____.

Le 4 mai 2000, l'assurée déclare que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à hauteur de 50% (cf. "demandes complémentaires + annexes" 2002). L'enquête ménagère réalisée le 8 mars 2002 révèle que A._____ présente une invalidité de 36.4% dans l'exécution de ses tâches ménagères. La comparaison effectuée par l'office compétent

aboutit ainsi à une perte de gain de 68.2% (à savoir comme active: $50\% \times 100\% = 50\%$ + comme ménagère: $50\% \times 36.4\% = 18.2\%$).

Le droit de l'intéressée à une rente entière d'invalidité est dès lors confirmé par l'OAI-VD au terme de cette première procédure de révision d'office (cf. "enquête ménagère" et "communication du degré d'invalidité" 2002).

D.

Une seconde procédure de révision est lancée courant 2004. A._____ déclare, en date du 11 mars 2004, que sans incapacité de travail, elle reprendrait une activité lucrative à 100% (cf. "demandes complémentaires + annexes").

Les documents médicaux suivants sont versés en cause dans le cadre de l'instruction:

- l'attestation du 16 novembre 2004 de la Dresse Eudes-Caddoux, laquelle diagnostique une hémorragie cérébrale par rupture d'anévrisme avec séquelles neurologiques du membre inférieur gauche;
- le rapport d'expertise du 21 août 2006 du Dr Foletti, neurologue, qui dénote des séquelles à caractère neuropsychologique sur atteinte bi-hémisphérique à prédominance centrale droite 16 ans après une hémorragie sous-arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme, caractérisées par des troubles visuo-spatiaux modérés, associés à une dyscalculie et des troubles mnésiques, surtout en modalité verbale, ainsi que des séquelles plus difficilement évaluables en relation avec l'atteinte temporale droite; le médecin estime que lesdites séquelles limitent la patiente sur le plan physique dans sa précédente activité de serveuse, la station debout prolongée étant interdite à la patiente à cause de la fatigabilité et des douleurs pouvant survenir; il précise cependant qu'une activité adaptée, à savoir stationnaire, assise, à l'exemple de son ancienne profession de maroquinière, peut être exercée par A._____ à 50% compte tenu de ses exigences familiales et conformément à la volonté de celle-ci.

Dans ses prises de position successives des 5 décembre 2005 et 10 octobre 2006, le Dr Bizon du service médical de l'OAI-VD retient que la capacité de travail de A._____ est de 100% avec une baisse de rendement de 30%. Le rapport du 4 janvier 2007 de l'enquête ménagère

réalisée le 22 décembre 2006 retient un statut de 50% active/50% ménagère et conclut à invalidité de A._____ de 25.9% dans l'exécution de ses tâches ménagères (cf. "enquête ménagère").

L'OAI-VD, pour la part active, comparant le revenu sans invalidité de la recourante de Fr. 26'069.- (salaire statistique pour une femme dans une activité simple et répétitive dans le secteur de la production et des services pour 2008, à 50%) à son revenu d'invalidité de Fr. 23'462.- (Fr. 26'069.- avec un abattement de 10%), aboutit à une perte de gain de 10%. Pour la part dévolue aux tâches ménagères, l'office, se fondant sur la dernière enquête ménagère effectuée au domicile de A._____, retient 25.9% d'empêchements. L'autorité aboutit donc à un taux d'invalidité de 17.95% (50% de 10% + 50% de 25.9%). Le juriste de l'OAI-VD, dans son rapport du 22 décembre 2008, propose de reconsidérer la décision initiale d'octroi de rente, mais constate que le service médical de l'office s'est distancié de l'appréciation médicale de la capacité de travail faite par le Dr Foletti dans son expertise. Il propose dès lors de soit réinterroger l'expert soit faire procéder à une nouvelle expertise de l'assurée (cf. "rapport d'examen SMR").

L'OAI-VD, par projet de décision du 23 avril 2009 puis décision du 1^{er} octobre 2009, reconsidère sa décision initiale du 19 juillet 1993, motif pris qu'alors la question de la capacité de travail résiduelle de celle-ci dans une activité de substitution adaptée à son état de santé n'avait pas été envisagée. L'Office supprime la rente entière dont bénéficiait A._____ avec effet au 1^{er} décembre 2009.

E.

Le 6 novembre 2009, A._____, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral à l'encontre la décision du 1^{er} octobre 2009. Elle conclut, préalablement, à l'octroi de l'assistance judiciaire totale et à la restitution de l'effet suspensif au recours ainsi que, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et au maintien de son droit à la rente entière d'invalidité (pce 1 TAF).

Le Tribunal administratif fédéral, par décisions incidentes du 22 janvier 2010, rejette les requêtes de A._____ tendant à la restitution de l'effet suspensif au recours et à l'octroi de l'assistance judiciaire totale. Le tribunal invite dès lors l'intéressée à lui verser dans un délai de 30 jours une avance sur les frais de procédure de Fr. 300.-, sous peine d'irrecevabilité du recours (pces 8 et 11 TAF). L'avance est payée le 4 février 2010 (pce 14 TAF).

Dans sa réponse du 23 mai 2011, l'OAIE, se référant à la détermination du 13 mai 2011 de l'OAI-VD, reprend en substance l'argumentation de sa décision et conclut dès lors au rejet du recours (pce 22 TAF). Invitée à répliquer, la recourante n'a pas répondu.

Les arguments des parties seront développés plus avant dans la partie en droit en tant que de besoin.

Droit :

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 administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-là étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

2.

2.1. 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. 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.

2.2. En l'espèce, la recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Elle a, partant, qualité pour recourir.

2.3. Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai (cf. pce 1 TAF) et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais versée dans le délai imparti (pces 11 à 14 TAF), il est entré en matière sur le fond du recours.

3.

S'agissant du droit applicable, il convient de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215) la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), eu égard au 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).

Conformément à cette jurisprudence, le Tribunal de céans peut se limiter à examiner si l'intéressée aurait eu droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la date de la décision litigieuse, à savoir le 1^{er} octobre 2009, marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours.

4.

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) – dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant 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 (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

5.

5.1. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

5.2. Un 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). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1^{er} janvier 2008) - selon laquelle 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. 13 LPGGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

6.

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

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Il faut toutefois préciser que lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28 al. 2^{bis} LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28 al. 2^{ter} LAI; méthode mixte). Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (arrêt du Tribunal fédéral I 246/05 du 30 octobre 2007 consid. 5.2 non publié dans ATF 134 V 9), alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Dans le cadre de la méthode mixte, il y a lieu de se fonder, par analogie à l'évaluation du degré d'invalidité, sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux secteurs d'activité. Le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'en cas d'atteinte à la santé psychique, l'enquête sur les activités ménagères est un moyen approprié pour évaluer l'invalidité de ces personnes. Toutefois, en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, ces dernières ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3; ATF 130 V 97 consid. 3.3).

6.2. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent 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 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c).

6.3. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI 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.

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

7.

7.1. 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. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

7.2. L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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.

7.3. Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA (ancien art. 41 LAI), 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. En matière de révision d'office toutefois, c'est 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. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

7.4. Dans la présente affaire, l'administration a estimé que les conditions légales pour pouvoir procéder à une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'étaient pas données. En l'état du dossier, le tribunal de céans ne voit aucun motif pertinent pour remettre en cause cette appréciation. Le Dr Foletti, dans son rapport d'expertise du 21 août 2006, a en effet retenu que les séquelles à caractère neuropsychologique dont souffre la recourante la limitent toujours sur le plan physique dans sa précédente activité de serveuse, la station debout prolongée lui étant interdite à cause de la fatigabilité et des douleurs pouvant survenir. La rente entière ayant été octroyée à l'intéressée en 1992 pour ce seul motif, une amélioration notable de son état de santé peut être exclue.

Reste donc à examiner si les conditions de la reconsidération sont en l'occurrence remplies, comme l'a retenu l'office de l'assurance-invalidité compétent.

8.

8.1. L'art. 53 al. 2 LPGA prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la

base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt du TFA du 6 mai 2003, I 375/02 consid. 2.2).

8.2. En l'espèce, il est constant que la décision initiale du 19 juillet 1993 octroyant la rente entière à la recourante n'a pas fait l'objet d'un contrôle judiciaire et qu'il y a un intérêt à sa rectification, dans la mesure où, si la reconsidération devait être admise, la rente entière pourrait alors être supprimée.

Force est au demeurant pour le tribunal de céans de constater qu'en l'occurrence l'office de l'assurance-invalidité compétent, dans le cadre de la procédure d'octroi, n'a pas examiné la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité de substitution adaptée, ce qu'il se devait manifestement de faire avant de reconnaître un droit à une rente entière à la recourante. Il est le lieu de noter à cet égard que le Dr Larsimon, dans ses attestations des 7 juillet et 12 octobre 1992, avait explicitement précisé qu'à son sens l'intéressée pouvait reprendre, à terme à plein temps, une activité de substitution n'impliquant pas de station prolongée debout. La décision du 19 juillet 1993 était par conséquent manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGa (arrêts du Tribunal fédéral 9C_181/2010 du 12 août 2010 consid. 9 et 8C_294/2010 du 30 août 2010 consid. 7).

La reconsidération de la décision du 19 juillet 1993 doit donc être admise sur le principe, celle-ci étant manifestement erronée.

9.

9.1. Il reste à déterminer si depuis l'octroi de la rente entière l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de manière à avoir (de nouveau) droit à une rente d'invalidité. L'expertise du Dr Foletti remonte en effet au 21 août 2006 et il se peut qu'un droit aux prestations soit survenu entre cette date et la décision du 1^{er} octobre 2009. Dans ce contexte, il convient de déterminer le statut de la recourante (personne active/ménagère) ainsi que sa capacité de travail résiduelle dans une activité de substitution adaptée.

9.2. Dans ses écritures la recourante conteste le rapport activité lucrative / activité ménagère de 50% / 50%. Elle fait valoir qu'il y aurait lieu de considérer que, ses enfants n'étant plus en bas âge, elle voudrait reprendre une activité lucrative à 100%.

Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité, est déterminant non pas le taux d'activité qu'on pourrait raisonnablement exiger de l'assuré s'il était en bonne santé, mais le taux hypothétique, c'est-à-dire celui auquel il travaillerait sans atteinte à la santé mais dans des circonstances identiques (ATF 133 V 504).

Sur ce point, l'instruction est lacunaire. L'autorité inférieure s'est en effet basée exclusivement sur les déclarations de l'intéressée. Celle-ci, dans le cadre de l'expertise réalisée en 2006 par le Dr Foletti et comme en 2000, avait déclaré que sans incapacité de travail elle travaillerait à 50%. Toutefois, l'intéressée lors de la seconde révision avait affirmé vouloir reprendre une activité professionnelle à 100%. Ceci dit, il va de soi qu'on ne peut pas se fier aux seules déclarations de l'intéressée mais qu'il était nécessaire de recueillir des indices plus concrets. A ce propos, la jurisprudence a précisé que pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Or, ces points n'ont pas été éclaircis par l'autorité inférieure.

9.3. S'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante, le Dr Foletti, neurologue, dans son rapport d'expertise du 21 août 2006, a explicitement conclu, compte tenu des exigences familiales de l'intéressée, à l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 50% avec une certaine diminution de rendement dans une activité adaptée, à l'exemple de son ancienne profession de maroquinière. A sa suite, le service médical de l'office de l'assurance-invalidité compétent, considérant que les motifs familiaux invoqués n'étaient pas déterminants, a fixé de son propre chef une capacité de travail résiduelle de 70%. Cette appréciation divergente du service médical de l'office, rendue sans examen personnel de l'assurée et dénuée de fondements objectifs, ne saurait valablement emporter la conviction des juges des céans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_1054/2010 du 25 février 2011 consid. 3.2 et la référence citée; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2911/2009 du 18 avril 2011 consid. 9.3.4). Le juriste de l'OAI-VD, dans sa prise de position

du 22 décembre 2008, l'avait justement relevé et ainsi proposé soit de réinterroger l'expert soit de faire procéder à une nouvelle expertise de l'assurée. Ces démarches n'ont jamais été entreprises par l'office. A cela s'ajoute le fait qu'entre l'expertise du Dr Foletti et la décision litigieuse s'est déroulée une période de 3 ans, durant laquelle la situation clinique de la recourante a pu évoluer.

9.4. Le recours doit, partant, être partiellement admis, en ce sens que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, afin que celle-ci prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire (art. 61 PA). A cet effet, l'autorité inférieure devra en particulier éclaircir le statut de l'assurée (personne exerçant une activité lucrative à temps complet, à temps partiel ou sans activité lucrative) et diligenter une nouvelle expertise neurologique. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis pour détermination au service médical de l'administration.

10.

10.1. Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Il n'est donc pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF) et l'avance de frais de Fr. 300.- versée par la recourante au cours de l'instruction lui est remboursée.

10.2. L'art. 7 al. 1^{er} du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permet au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires causés par le litige.

En l'espèce, eu égard au travail accompli par le mandataire de la recourante – qui a essentiellement consisté dans un recours de 10 pages –, le tribunal de céans alloue à la partie recourante une indemnité de Fr. 2'500.-, à charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours du 6 novembre 2009 est partiellement admis et la décision du 1^{er} octobre 2009 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle fasse compléter l'instruction au sens du considérant 9 et prenne ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 300.- versée par A. _____ lui est remboursée.

3.

Une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- est allouée à la partie recourante à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ; Recommandé)
- à l'Office des assurances sociales, Berne (Recommandé)

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Hofmann

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire 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 :