



---

Cour III  
C-3824/2009

## Arrêt du 3 novembre 2011

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Francesco Parrino, Vito Valenti, juges,  
Audrey Bieler, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par David Métille, Nouvjur Etude d'avocats,  
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

Révision de rente AI (décision du 11 mai 2009).

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

A.\_\_\_\_\_, née en 1957, ressortissante portugaise, a travaillé en Suisse notamment comme femme de ménage, entre janvier 1991 et mars 2000, années durant lesquelles elle a cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité (AVS/AI; OAIE pce 43). Le 30 mars 2000, l'assurée a subi une ostéotomie de valgisation tibiale pour une gonarthrose interne bilatérale. Depuis le 17 mars 2000, elle n'a plus été en mesure d'exercer une activité professionnelle (OAIE pces 12 à 14, 17, 19, 43 et 77).

**B.**

Le 19 octobre 2000, l'assurée dépose une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OCAI-VD; OAIE pce 14). Dans le cadre de cette procédure, sont notamment déposées les pièces médicales suivantes:

- un avis de sortie du 4 juillet 2000, signé par les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, posant comme diagnostic une obésité, un état dépressif chronique, ainsi qu'un status après ostéotomie tibiale de valgisation bilatérale, une hernie hiatale et un reflux gastro-œsophagien anamnestique (OAIE pce 13);
- un rapport médical du 14 décembre 2000, établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant, mentionnant un status après ostéotomie de valgisation tibiale pour gonarthrose interne bilatérale. Ce médecin diagnostique en outre chez l'assurée un état anxio-dépressif traité, de l'hypertension artérielle traitée, ainsi qu'une obésité (105 kg pour 157cm). Le praticien déclare l'assurée en incapacité de travail totale dans son métier habituel, mais capable de travailler à 100% dans une activité adaptée (OAIE pce 17);
- un courrier du 18 janvier 2001 du Dr E.\_\_\_\_\_, orthopédiste, constatant chez l'assurée l'apparition d'un hydrops d'environ 20cc à droite suite à la valgisation de ses deux genoux. Il relève qu'à long terme une arthroplastie totale des deux genoux sera nécessaire, mais qu'actuellement il ne peut que conseiller une perte de poids à l'intéressée. Ce praticien déclare l'assurée incapable d'exercer son activité habituelle de femme de ménage, mais capable de travailler en position assise ou semi-assise (OAIE pce 23);
- un rapport médical du 17 avril 2001, établi par le Dr E.\_\_\_\_\_, indiquant que l'assurée ne peut plus exercer son activité habituelle de

femme de ménage, mais conserve une capacité totale dans la conduite de son ménage (OAIE pce 25);

- un rapport médical du 18 septembre 2001, établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, indiquant une évolution défavorable suite à l'ostéotomie de valgisation subie par l'assurée en mars 2000. Ce médecin relève que celle-ci se plaint de douleurs sévères dans les genoux et au niveau des lombaires basses, ce qui, aux dires de l'intéressée, l'empêcherait de reprendre la moindre activité, même en position assise. Le Dr F.\_\_\_\_\_ admet qu'en raison de la combinaison des pathologies et de l'obésité de l'assurée, il serait "bien difficile de trouver un employeur pour les métiers qu'elle serait en mesure de faire" (OAIE pce 27);
- un courrier du 3 décembre 2001 du Dr D.\_\_\_\_\_, adressé à l'OCAI-VD, indiquant que l'invalidité complète de l'assurée reste inévitable en raison de l'évolution défavorable des genoux opérés (OAIE pce 28);
- un rapport psychiatrique du 13 août 2002, établi par le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, diagnostiquant chez l'assurée un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, un trouble dépressif majeur d'intensité légère, soit un épisode isolé en rémission partielle sous antidépresseurs, une phobie sociale, un trouble panique avec agoraphobie, ainsi que des troubles des conduites alimentaires non spécifiés. Il constate également chez l'intéressée un trouble de la personnalité non spécifié avec des traits abandonniques et dépendants à défenses psychosomatiques. Selon ce médecin, la combinaison de ses différentes pathologies psychiques induit chez l'assurée une incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique depuis le 20 juin 2000. Il signale cependant qu'une certaine capacité de travail au point de vue psychiatrique pourrait être récupérée dans une activité adaptée et propose dès lors la réévaluation de l'état de santé de l'assurée dans une année (OAIE pce 31).

### **C.**

Dans son rapport d'examen du 6 décembre 2002, le Dr H.\_\_\_\_\_, du service médical régional (SMR) Léman, retient une incapacité de travail totale due à des troubles douloureux associés à un trouble dépressif majeur, une phobie sociale et des troubles paniques avec agoraphobie. Ce médecin relève également une gonarthrose ayant nécessité une

ostéotomie de valgisation de chaque côté, permettant cependant à l'assurée d'effectuer des activités adaptées en position assise ou semi-assise sans port de charge. Le praticien retient une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle en raison des pathologies psychiatriques de l'assurée dès le 17 mars 2000 (OAIE pces 29 et 33).

**D.**

Par décision du 17 janvier 2003, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2001 (OAIE pce 36).

**E.**

Par décision du 11 octobre 2004, l'OCAI-VD indexe le montant de la rente de l'assurée en tenant compte des périodes d'assurance au Portugal (OAIE pce 51); sont notamment produits les documents suivants:

- un rapport médical, détaillé E 213, du 8 octobre 2003 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, indiquant une évolution défavorable après une ostéotomie de valgisation pour gonarthrose bilatérale, une hypertension artérielle traitée, une obésité importante et un état anxio-dépressif traité. Ce médecin relève que la marche est difficile et affirme que l'assurée est totalement incapable de travailler tant dans son activité habituelle que dans des activités plus légères (OAIE pce 45);
- un rapport médical du 6 mai 2004, établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, constatant une évolution défavorable dans un contexte général difficile avec une patiente extrêmement peu mobile (OAIE pce 49).

**F.**

Le 20 avril 2007, l'OCAI-VD fait procéder à une enquête économique sur le ménage dont il ressort que l'assurée doit être considérée comme active à 100% (OAIE pce 62).

**G.**

Dès le 1<sup>er</sup> mai 2007, A.\_\_\_\_\_ retourne vivre au Portugal et son dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE; OAIE pces 59 et 63).

**H.**

Dès le mois de décembre 2007, une révision de la rente AI de l'assurée

est introduite d'office (OAIE pces 65 à 70); sont notamment produits les documents suivants:

- deux rapports médicaux des 5 et 8 février 2007, établis par le Dr D.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assurée est totalement incapable de travailler en raison de l'aggravation de son état de santé. Ce médecin relève que celle-ci souffre d'un status après ostéotomie de valgisation tibiale pour gonarthrose bilatérale interne avec évolution défavorable et dégradation du compartiment interne à gauche avec contact os-os, ayant pour conséquence une mobilité très réduite, notamment en raison d'une surcharge pondérale massive (120 kg pour 1m58). D'un point de vue psychiatrique, le praticien relève une amélioration ayant permis l'arrêt des antidépresseurs (OAIE pces 55 et 57);
- une prise de position du 21 novembre 2008 du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, indiquant qu'au vu des diagnostics posés, une amélioration de l'état de santé de la recourante pourrait intervenir principalement au niveau psychiatrique. Il requiert la production en procédure de révision de documents médicaux sur l'état de santé actuel de la recourante, et qu'un examen psychiatrique et orthopédique soit effectué afin d'établir le degré d'invalidité de celle-ci (OAIE pce 67);
- un questionnaire pour la révision de la rente, rempli par l'assurée le 26 novembre 2008, dont il ressort que cette dernière n'a plus exercé d'activité dès le 30 mars 2000 (OAIE pce 77);
- un questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, daté du 26 novembre 2008, indiquant que l'assurée a des difficultés à conduire son ménage. Elle relève que parfois elle n'arrive pas à couper et éplucher les légumes, à préparer les repas, qu'elle est dans l'impossibilité de faire le ménage, les courses, la lessive, etc. Elle souligne qu'elle a recourt à de l'aide de son mari pour la conduite du ménage environ 15 heures par semaine (OAIE pce 77);
- des résultats d'examens radiologiques du 2 mai 2008, établis par le Dr J.\_\_\_\_\_, indiquant au niveau des genoux une arthrose bilatérale accentuée avec calcification péri-articulaire, ainsi que des signes d'une ostéotomie correctrice antérieure. Au niveau des pieds, ce praticien relève une arthrose calcanéocuboïdienne, ainsi qu'une

arthrose métacarpo-phalangienne naissante du 1<sup>er</sup> doigt du pied (OAIE pce 78);

- un certificat psychiatrique du 12 septembre 2008, établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, du centre hospitalier de X.\_\_\_\_\_, établissant que l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique et que son anxiété se situe dans la normale (OAIE pce 79);
- un rapport orthopédique du 24 septembre 2008, manuscrit, établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, diagnostiquant une polyarthralgie de type mécanique et dégénératif, une légère arthrose des mains, des pieds et des hanches, ainsi qu'une gonarthrose bilatérale de degré IV/IV. Ce médecin conseille une arthroplastie totale bilatérale et considère l'assurée comme totalement incapable de travailler (OAIE pce 80);
- un rapport E 213 du 24 avril 2008, établi par le Dr M.\_\_\_\_\_, diagnostiquant chez l'assurée des séquelles incapacitantes des suites d'une ostéotomie du genou, ainsi qu'une obésité (110 kg pour 1m57), de l'hypertension artérielle, de la dyslipidémie et un symptôme anxio-dépressif. Le médecin portugais déclare l'assurée totalement incapable de travailler dans tout type d'activité (OAIE pce 81);
- deux prises de position médicales des 10 janvier et 23 janvier 2009, établies par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, selon la méthode mixte et la méthode générale, indiquant que l'état de santé de l'assurée s'est notablement améliorée et que cette dernière ne souffre plus d'aucunes affections psychiques. D'un point de vue somatique, il constate chez l'assurée des gonalgies et polyarthralgies persistantes. Dès lors, le médecin retient que l'assurée peut effectuer à 50% dès le 12 septembre 2009 des travaux légers sans port de charges de plus de 10 kilos et sans trajets longs à pied, comme des activités de surveillance, de vente par correspondance, de vente de billet, de vente en général, de caissière, de classement, de standardiste ou de saisie de données (OAIE pces 83, 83.1 et 85).

#### I.

Par projet de décision du 28 janvier 2009, l'OAIE constate que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé de l'assurée serait à nouveau exigible à 50% et remplace la rente entière de l'assurée par une demi-rente d'invalidité (OAIE pce 88).

**J.**

Lors de la procédure d'audition, l'assurée conteste le projet de décision de l'OAIE par écrits des 11 février et 12 mars 2009. Elle avance que son état de santé au niveau orthopédique ne lui permet pas de travailler, notamment en raison de poly-arthralgies dégénératives des mains, des pieds et des hanches qui nécessiteront une nouvelle opération prochainement. Elle souligne que son surpoids l'handicape dans tous ses actes quotidiens. Toutefois, l'intéressée admet se porter mieux au niveau psychologique, mais relève souffrir d'angoisses en raison de l'aggravation de son état de santé. Elle déclare être sur une liste d'attente pour subir une gastroplastie malgré une perte de poids de 20 kg depuis le mois de juin 2008 (OAIE pces 89 et 93).

**K.**

Dans sa prise de position du 8 avril 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, relève que l'assurée elle-même considère, dans son écrit du 12 mars 2009, que son état de santé d'un point de vue psychique s'est amélioré. Il note qu'au niveau orthopédique une incapacité de travail de 50% peut être retenue eu égard à l'amélioration de l'état de santé de l'assurée qui devrait intervenir suite à l'opération des deux genoux prévue prochainement. Le praticien renvoie à sa prise de position médicale du 23 janvier 2009 et indique en outre que la perte de poids de 20 kg, ainsi que la gastroplastie prévue devraient influencer positivement les problèmes articulaires dégénératifs de l'assurée (OAIE pce 95).

**L.**

Par décision de révision du 11 mai 2009, l'OAIE diminue la rente d'entière d'invalidité de la recourante à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009 pour un degré d'invalidité de 50% (OAIE pces 96 et 97).

**M.**

Le 12 juin 2009, A.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal) et conclut à l'annulation de la décision entreprise, ainsi qu'au maintien de sa rente entière d'invalidité. En sus, elle demande l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite et subsidiairement que le Tribunal fasse procéder à une nouvelle expertise psychiatrique et orthopédique en Suisse (TAF pce 1). La recourante joint à son recours les documents suivants:

- un rapport psychiatrique daté du 5 juin 2009, signé par le Dr O.\_\_\_\_\_, indiquant chez la recourante, suite à une première

consultation, un état dépressif (tristesse, sensibilité émotionnelle, insomnies, isolement social, niveau élevé d'anxiété, idées de mort) traité par voie médicamenteuse. Le praticien déclare l'intéressée en incapacité de travail;

- un rapport médical du 28 mai 2009, établi par le Dr P.\_\_\_\_\_, mentionnant que l'assurée souffre d'obésité, d'une gonarthrose de degré III/IV, d'une rhizarthrose du 1<sup>er</sup> doigt de la main, ainsi que de fasciites plantaires bilatérales.

#### **N.**

Par écrit du 18 juin 2009, la recourante produit un rapport médical du 8 juin 2009 du centre régional de santé en complément de son mémoire de recours, indiquant que l'assurée souffre d'ostéoarthrose du genou, d'hypertension artérielle, d'obésité, d'un syndrome du canal carpien, ainsi que d'un syndrome dépressif (TAF pces 3 et 4).

#### **O.**

Dans une prise de position médicale du 25 août 2009, le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, conclut que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré et confirme sa précédente prise de position. En outre, il souligne que le certificat médical du 5 juin 2009 du Dr O.\_\_\_\_\_ ne se base que sur une unique consultation et remet en cause la valeur probante de celui-ci (OAIE pce 103).

#### **P.**

Le 9 septembre 2009, la recourante dépose les moyens de preuve concernant sa requête d'assistance judiciaire gratuite déposée le 12 juin 2009 (TAF pce 13).

#### **Q.**

Par réponse du 21 septembre 2009, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'autorité intimée observe que l'état de santé de la recourante s'est amélioré de manière significative depuis la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité (TAF pce 15).

#### **R.**

Par écrit du 5 octobre 2009, la recourante renonce finalement à requérir l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite (TAF pces 14 et 17).

**S.**

Par réplique du 8 octobre 2009, la recourante maintient ses conclusions et reproche à l'autorité intimée de s'être basée uniquement sur le rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_ au motif que celui-ci est trop succinct, superficiel et incomplet. En outre, elle remet en cause les qualifications médicales des Dr N.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, médecins de l'OAIE. Finalement, elle estime que, même si l'on devait considérer qu'elle reste capable de travailler à 50%, sa compétence résiduelle de travail serait trop faible pour être exploitable sur un marché du travail équilibré (TAF pce 19).

**T.**

Invitée à fournir une avance de frais de Fr. 300.-- par décision incidente du 12 octobre 2009, la recourante s'est acquittée de cette somme le 19 octobre 2009 (TAF pces 18 et 21).

**U.**

Par duplique du 10 novembre 2009, l'OAIE note que la recourante n'a apporté aucun élément permettant de mettre en doute les prises de position antérieures établies par son service médical (TAF pce 22).

**V.**

Le 16 novembre 2009, le Tribunal porte à la connaissance de la recourante la duplique de l'autorité inférieure et clos l'échange d'écriture sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 23).

**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<sup>er</sup> janvier 2007, le Tribunal, 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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

**1.2.** Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à

l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

**1.4.** Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (TAF pce 1) et la recourante s'étant acquitté de l'avance de frais (TAF pce 21), il est entré en matière sur le fond (art. 60 LPGA et 52 PA).

## **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, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le 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 motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/ MICHAEL BEUSCH/ LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55; ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

## **3.**

**3.1.** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et 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.

**3.2.** Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**3.3.** 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.

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.

**3.4.** De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 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).

#### **4.**

**4.1.** L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au

moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). La décision litigieuse étant datée du 11 mai 2009, les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129) sont applicables à la présente cause.

**4.2.** Dans ce contexte, on note que les dispositions légales concernant les révisions d'offices suite à une modification de l'état de santé (art. 17 al. 2 LPGA; art. 87ss du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) n'ont subi aucune modification avec l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI.

## **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 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA 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). 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit

également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 29 al. 4 LAI).

## **6.**

**6.1.** Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

**6.2.** La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**6.3.** 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 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<sup>bis</sup> 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.

**6.4.** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées

et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevison in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisonen*, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1999, p. 15).

## 7.

**7.1.** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en remplaçant la rente entière d'invalidité de l'intéressée par une demi rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009 par la voie de la révision.

**7.2.** Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. 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. 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).

**7.3.** Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale, soit le 17 janvier 2003 et ceux qui ont existé jusqu'au 11 mai 2009, date de la décision querellée.

**7.4.** Il sied à ce stade de souligner que la date de la décision attaquée marque en principe la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid.

1b). La documentation médicale postérieure à cette date ne peut donc être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension de la situation médicale de l'assuré avant la date de la décision attaquée.

## **8.**

**8.1.** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique et 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).

**8.2.** Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin 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 115 V 133, consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

**8.3.** 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.

## **9.**

**9.1.** 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves

fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG Kommentar, 2<sup>ème</sup> édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut, compte tenu des limitations prévues à l'ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4, renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

**9.2.** En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6; ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss).

**9.3.** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Le juge des assurances ne s'écarte en principe 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 (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

## **10.**

**10.1.** En l'occurrence, par décision du 17 janvier 2003, l'OCAI-VD a octroyé à A.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2000 sur la base du rapport psychiatrique du 13 août 2002 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 31). A l'époque, le praticien constate chez la recourante un trouble dépressif majeur d'intensité légère, une phobie sociale et des troubles paniques avec agoraphobie. Cela étant, le psychiatre signale qu'une certaine capacité de travail au point de vue psychiatrique pourrait être récupérée dans une activité adaptée et propose dès lors la réévaluation de l'état de santé de l'assurée après une année.

En outre, d'un point de vue orthopédique, il est fait état d'un status après ostéotomie tibiale de valgisation bilatérale avec évolution défavorable, associé à une obésité importante (entre 98 et 105 kilos pour 1m57; OAIE pces 28, 29 et 31). Les médecins orthopédistes relèvent qu'une arthroplastie totale des deux genoux sera nécessaire à long terme et déclarent la recourante incapable d'exercer son activité habituelle de femme de ménage, toutefois ils estiment celle-ci apte à exercer des activités en position assise ou semi-assise, ainsi qu'à conduire son ménage. Dans son rapport médical du 18 septembre 2001, le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, met en avant une évolution défavorable suite à l'ostéotomie subie par la recourante et estime qu'en raison de la combinaison des pathologies et de l'obésité de l'assurée, il lui

serait bien difficile de trouver un employeur pour les métiers qu'elle serait en mesure de faire (OAIE pces 23, 25 et 27).

**10.2.** Suite à la procédure de révision d'office, l'OAIE constate que l'état de santé de la recourante s'est notablement modifiée. Il est notamment soutenu que son état de santé s'est amélioré d'un point de vue psychique et qu'aucune incapacité de travail ne peut être retenue à ce titre. Toutefois, l'autorité intimée admet que les limitations fonctionnelles liées aux problèmes orthopédiques de la recourante entraînent une incapacité de travail de 50% avec pour conséquence une diminution de la rente entière accordée jusqu'ici à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009 (OAIE pces 79 à 81).

**10.3.** Quant à la recourante, elle requiert le maintien d'une rente entière d'invalidité et avance que son état de santé ne s'est aucunement amélioré tant d'un point de vue psychologique que d'un point de vue orthopédique. Elle remet en cause la force probante des rapports médicaux des médecins de l'OAIE, les Drs N. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, eu égard à leurs qualifications médicales insuffisantes dans les domaines spécifiques au cas d'espèce. Elle conteste également le fait que les médecins de l'OAIE se basent pour établir l'état de santé psychique de la recourante uniquement sur le certificat médical du 12 septembre 2008 du Dr K. \_\_\_\_\_, psychiatre, sans tenir compte du certificat médical du 5 juin 2009 du Dr O. \_\_\_\_\_.

En outre, la partie recourante argue que même si l'on devait lui reconnaître une capacité de travail résiduelle de 50%, elle ne serait en aucun cas exploitable sur un marché du travail équilibré en raison des limitations fonctionnelles importantes liées à ses affections. Subsidiairement, elle demande qu'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et orthopédique, soit effectuée en milieu universitaire pour établir sa capacité de travail résiduelle.

## **11.**

**11.1.** En tout état de cause, le Tribunal relève qu'une rente entière d'invalidité a été octroyée le 17 janvier 2003 à A. \_\_\_\_\_ uniquement en raison de ses problèmes psychiques. Il ressort de la procédure de révision, que la recourante a cessé de prendre des antidépresseurs déjà en 2007 (certificat du Dr D. \_\_\_\_\_; OAIE pces 55 et 57), ce qui constitue un indice d'une amélioration de ses symptômes dépressifs. Cette tendance est confirmée par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans le formulaire

E 213 du 24 avril 2008, dont il ressort que la recourante ne prend plus de médicaments contre la dépression, bien qu'il subsiste une certaine tristesse et des symptômes anxio-dépressifs (OAIE pce 81). Finalement, selon le certificat psychiatrique du Dr K.\_\_\_\_\_ datant du mois de septembre 2008, la recourante serait totalement guérie et ne présenterait plus aucune pathologie psychiatrique (OAIE pce 79). Une amélioration de son état de santé psychique semble par ailleurs confirmée par la recourante elle-même lors de son opposition du 12 mars 2009, lorsqu'elle écrit "comme vous avez pu le constater, au niveau psychologique, je me porte mieux que dans les années 1997-2002. Mais je suis toujours très anxieuse par rapport à mon état de santé [...]" (OAIE pce 93). Or, un certificat psychiatrique du 5 juin 2009, manuscrit, établi par le Dr O.\_\_\_\_\_, psychiatre, atteste que les problèmes psychologiques de la recourante sont réapparus.

**11.2.** En définitive, au niveau psychiatrique, le Tribunal relève une contradiction entre les avis médicaux des Drs M.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ datés des 24 avril et 12 septembre 2008 (OAIE pce 79 et 81). En effet, à quelques mois d'intervalle, le premier constate que la recourante souffre de symptômes anxio-dépressifs, alors que le deuxième estime qu'elle est totalement guérie d'un point de vue psychique. Certes, les déclarations de la recourante du 12 mars 2009 semblent confirmer une certaine amélioration de son état de santé psychique, mais celle-ci mentionne également une grande anxiété par rapport à son état de santé.

En outre, le certificat du Dr O.\_\_\_\_\_ daté du 5 juin 2009, atteste un état dépressif important chez la recourante. En l'espèce, bien que postérieur à la décision querellée, le certificat du Dr O.\_\_\_\_\_ se rapporte à l'évolution de symptômes dépressifs que la recourante connaît depuis l'octroi de la rente d'invalidité initiale et ainsi est soumis au pouvoir d'examen du Tribunal de céans. En effet, le Tribunal rappelle qu'exceptionnellement, les autorités d'assurance-invalidité peuvent – pour des raisons d'économie de procédure – aussi prendre en considération les documents postérieurs à une décision attaquée, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même.

**11.3.** Au vu de ce qui précède, le Tribunal ne peut que constater que le dossier s'avère lacunaire sur ce point et que des investigations complémentaires semblent indispensables, eu égard aux informations

divergentes et non convaincantes qui ont été recueillies. En effet, quoiqu'en disent les Drs N.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, médecins de l'OAIE, le Tribunal de céans ne saurait sans autre méconnaître toute valeur probante à l'avis du Dr O.\_\_\_\_\_. Certes, ce dernier reste très succinct dans son rapport du 5 juin 2009 et se limite à retenir des troubles dépressifs sans indiquer la sévérité du trouble ou sa durée dans le temps. Il fait néanmoins mention du fait que la recourante, lors de sa consultation, est déjà traitée par antidépresseurs, ce qui est en contradiction avec le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_. En outre, le Dr O.\_\_\_\_\_ prescrit encore à la recourante un traitement par anxiolytiques, ce qui indique l'existence de symptômes anxio-dépressifs.

Dans ces circonstances et compte tenu de la jurisprudence susmentionnée (cf. supra consid. 10.1 et 10.2), on ne saurait sans autre donner la préférence à la prise de position des Drs N.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ des 8 avril et 25 août 2009 (OAIE pce 95 et 103), dès lors que ces praticiens n'ont pas examiné eux-mêmes la recourante. Ainsi, pour cette raison déjà, le Tribunal se doit d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

## **12.**

**12.1.** S'agissant des problèmes orthopédiques de la recourante, il ressort du dossier qu'au moment de l'octroi de la rente en 2003, la recourante présente un status après ostéotomie de valgisation tibiale pour gonarthrose interne bilatérale, associé à une obésité importante (BMI entre 39.75 et 42.5). À l'époque, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste orthopédique, conseille déjà une arthroplastie totale des deux genoux de la recourante, ainsi qu'une perte de poids et, dans un rapport du 18 janvier 2001, déclare l'assurée capable de travailler en position assise ou semi-assise. De plus, le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, sur la base des plaintes de l'assurée qui s'estime incapable de reprendre la moindre activité en raison de ses lombalgies, admet alors qu'il serait bien difficile pour celle-ci de trouver un employeur pour les métiers qu'elle serait encore en mesure de faire (OAIE pces 23 et 27). Quant au SMR, il retient que, sur le plan orthopédique, la situation est claire, à savoir que l'assurée conserve une capacité de travail entière dans une activité lucrative adaptée en position assise ou semi-assise (OAIE pces 29 et 33).

**12.2.** Lors de la procédure de révision, les différents médecins s'accordent sur le diagnostic d'obésité, de polyarthralgie et de gonarthrose bilatérale, nécessitant une arthroplastie totale bilatérale.

Ainsi, au diagnostic de gonarthrose bilatérale posé en 2003 se rajoute celui de polyarthralgies (mains, pieds, hanches). De plus, il semble que d'un point de vue médical, l'intervention par arthroplastie ne puisse plus être différée. Tous les médecins qui sont intervenus dans la procédure, s'accordent également pour reconnaître une incapacité de travail totale à la recourante dans son activité habituelle de femme de ménage.

**12.3.** Toutefois, le Tribunal relève que les avis médicaux divergent considérablement quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité de substitution adaptée. D'un côté, il ressort du certificat médical du 24 septembre 2008 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste orthopédique, que l'assurée est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle (OAIE pce 80). Cet avis est partagé par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport E 213 du 24 avril 2008, lorsqu'il constate que A.\_\_\_\_\_ est incapable de travailler dans son activité habituelle ou dans une activité plus légère (OAIE pce 81). D'un autre côté, suite à la procédure de révision d'office entreprise en décembre 2007, les médecins de l'OAIE, les Drs N.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, constatent que l'état de santé de la recourante s'est notablement modifiée depuis l'octroi de la rente, soit que celle-ci en sus de la guérison de ces troubles psychiques, présente des gonalgies et polyarthralgies persistantes invalidantes. Toutefois, ils estiment qu'au niveau orthopédique, bien que l'état de santé de la recourante se soit effectivement légèrement péjorée depuis l'octroi de la rente, ses troubles permettent à celle-ci de travailler à 50% dans des activités de substitution adaptées. Le Dr N.\_\_\_\_\_ renvoie notamment aux déclarations de la recourante, qui annonce dans son opposition du 12 mars 2009 une perte de poids de 20 kg depuis le mois de juin 2008 et une prochaine arthroplastie totale bilatérale, ainsi qu'une éventuelle gastroplastie pour laquelle elle est sur liste d'attente. Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, ces interventions et la récente perte de poids de l'assurée auront une influence positive sur l'état de santé de l'assurée (OAIE pces 83, 83.1, 85, 95 et 103).

**12.4.** En tout état de cause, le Tribunal relève que lors de la procédure de révision seuls les Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ prennent position sur la capacité résiduelle de travail de la recourante en raison de ses problèmes orthopédiques. Il ressort que A.\_\_\_\_\_ est totalement incapable de travailler dans tout type d'activités (OAIE pces 80 et 81). Les médecins de l'OAIE, bien que reprenant les conclusions des deux médecins portugais quant au diagnostic posé, estiment que la recourante conserve une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, notamment en

raison d'une perte de poids de la recourante de 20 kg et des interventions projetées. Toutefois, le Tribunal ne saurait préjuger d'une évolution future sur la base d'interventions chirurgicales n'ayant pas encore eu lieu. Ainsi, une éventuelle amélioration des symptômes de la recourante à ce titre ne pouvaient en aucune manière être prise en compte au moment de la décision attaquée. En sus, le Tribunal relève que, malgré sa perte de poids, la recourante reste candidate pour une gastroplastie, ce qui indique la présence d'un surpoids important. Dès lors, au vu de ce qui précède, il sied de constater que le degré d'obésité de la recourante et les implications de celle-ci sur son état de santé et sa capacité de travail n'étaient pas clairement établies au moment de la décision querellée.

**12.5.** En définitive, force est de constater que les médecins de l'OAIE basent leurs appréciations sur les rapports médicaux des médecins portugais les Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ quant au diagnostic posé, mais ne suivent pas les conclusions de ces derniers quant à la capacité résiduelle de la recourante pour les raisons mentionnées sous consid. 12.3 et 12.4. Certes, à l'instar de l'OAIE, le Tribunal admet que les certificats médicaux des Drs M.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ restent succincts concernant les conséquences des affections de la recourante sur sa capacité de travail, eu égard au manque de détails sur les limitations fonctionnelles de la recourante et sur la capacité de travail que celle-ci conserve dans une activité de substitution adaptée. Néanmoins, selon la jurisprudence, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6; ATF 135 V 465 consid. 4.6). Dès lors, on ne saurait sans autre donner la préférence aux Drs N.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, médecins de l'OAIE, ou aux Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ et il sied de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin de compléter l'instruction également sur ce point.

### **13.**

**13.1.** Au vu de ce qui précède, il sied de faire droit à la conclusion subsidiaire de la recourante, à savoir d'admettre partiellement le recours du 12 juin 2009, en ce sens que la décision attaquée est annulée et la

cause renvoyée à l'OAIE, afin de procéder à une instruction complémentaire et prendre une nouvelle décision. S'agissant d'élucider une question nécessaire non réglée (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), la cause peut être renvoyée à l'autorité inférieure (art. 61 PA) afin qu'elle mette en oeuvre une expertise.

Par conséquent, l'OAIE ordonnera une expertise orthopédique et psychiatrique, afin de déterminer clairement les affections dont souffre la recourante et les conséquences de celles-ci sur sa capacité de travail, notamment concernant les implications de l'obésité de la recourante sur ses affections somatiques, ainsi que sur sa capacité de travail. Ensuite, l'ensemble du dossier devra être soumis pour détermination au service médical de l'administration.

**13.2.** Par ailleurs, le Tribunal souligne qu'il n'est pas nécessaire en l'espèce de donner à la partie recourante la possibilité de retirer son recours selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 317 V 314). En effet, la recourante ayant elle-même demandé subsidiairement le renvoi de la décision et étant représentée par un mandataire professionnel, il est présumé que celle-ci ne retirerait pas son recours malgré le risque de *reformatio in pejus* lié au renvoi de la cause.

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours 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).

Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 300.--, versée par A. \_\_\_\_\_ le 10 octobre 2009, lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

Par ailleurs, la recourante a droit à des dépens (art. 64 al. 1 PA en relation avec l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Au vu de l'ensemble des circonstances, de l'importance de l'affaire, du degré de difficulté de cette dernière et de l'ampleur du travail accompli par le mandataire, le Tribunal estime, au regard des art. 8ss FITAF, que le versement d'un montant de Fr. 2'500.-- à titre de dépens (TVA comprise) apparaît comme équitable en la présente cause.



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

**1.**

Le recours du 12 juin 2009 est partiellement admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'OAIE afin que celui-ci fasse compléter l'instruction au sens des considérants et prenne ensuite une nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. La Caisse du Tribunal restituera à la recourante l'avance de frais de Fr. 300.--, versée le 19 octobre 2009, dès l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Il est alloué à la recourante la somme de Fr. 2'500.-- à titre de dépens, dès l'entrée en force du présent arrêt, 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 fédéral des assurances sociales.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

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

**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 :