



Cour III
C-6451/2008
{T 0/2}

Arrêt du 9 août 2010

Composition

Vito Valenti (président du collège), Michael Peterli et Stefan Mesmer, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Jacques Emery,
boulevard Helvétique 19, 1207 Genève,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (decision du 2 septembre 2008; révision d'une rente).

Faits :**A.**

La ressortissante portugaise A._____, née le [...] 1954, est venue en Suisse en 1985 pour y rejoindre son mari et a dès lors travaillé en qualité de femme de ménage et de nettoyeuse. A partir du 30 juin 2001, elle a cessé d'exercer toute activité lucrative pour des raisons de santé (pces 18; 48).

B.

En date du 26 avril 2002 (pce 1), elle dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI GE).

Par communication valant décision du 2 juin 2004 (pces 53-54 portant sur l'octroi de prestations) et décision du 13 août 2004 (pce 55 concernant le montant de la rente), l'OAI GE alloue une rente entière à l'intéressée à partir du 1^{er} juillet 2002 en se basant notamment sur les résultats d'un examen psychiatrique effectué au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) à B._____. Dans le rapport y relatif daté du 12 mai 2004 (pce 50; cf. également pce 51 [rapport d'examen du 17 mai 2004 signé par le Dr C._____]), les Drs D._____, psychiatre, et C._____, médecine générale, prennent position quant à la documentation médicale divergente versée au dossier, notamment en rapport avec les expertises psychiatriques des 4 décembre 2001 (pce 21, du Dr E._____), 11 juin 2002 (pce 26, du Dr F._____) et 27 février 2003 (pce 33, du Dr G._____) et posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), chez une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques. Retenant que leurs constatations rejoignent celles de Dr F._____, ils concluent que l'assurée présente une capacité de travail de 0% dans toute activité dès juillet 2001.

C.

Au mois de septembre 2007, l'OAIE, compétent suite au déménagement de l'assurée au Portugal (pce 67), entreprend une procédure de révision de la rente (pce 70).

D.

Par de décision du 2 septembre 2008 (pce 107), laquelle reprend le

projet de décision du 3 juin 2008 (pce 88), l'OAIE remplace la rente entière de l'intéressée par une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 2008 en se basant essentiellement sur le rapport psychiatrique de la Dresse H._____ du 22 janvier 2008 (pce 82) et l'avis du Dr I._____, de son service médical (cf. prises de position des 30 mai 2008 [pce 86] et 11 août 2008 [pce 105]). Le premier praticien cité pose le diagnostic de trouble mental symptomatique dû à une lésion cérébrale et conclut que l'assurée ne semble pas présenter une incapacité de travail totale mais seulement partielle au vu de la symptomatologie observée.

E.

Par acte du 10 octobre 2008 (pce TAF 1), l'intéressée, représentée par Maître J. Emery, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Elle fait notamment valoir que les rapports médicaux sur lesquels s'est basé l'administration ne sauraient être pertinents eu égard à leur caractère succinct et lacunaire, à leur manque de cohérence et vu la présence au dossier d'avis divergents posant entre autres le diagnostic de dépression grave. En outre, elle estime que des examens neurocognitifs auraient dû être entrepris pour juger valablement de son état de santé. Par ailleurs, il convient également de tenir compte du fait qu'elle souffre de nouvelles affections graves, à savoir d'une thyroïde auto-immune, d'une gonarthrose et d'une fibromyalgie qui ont des incidences significatives sur sa capacité de travail. Pour ces raisons, elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration afin qu'elle calcule sa rente AI dès le 1^{er} novembre 2008 sur la base d'une incapacité de travail de 100%; subsidiairement à la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise avec le concours de quatre experts indépendants spécialistes en orthopédie, endocrinologie, psychiatrie et neurologie. Elle joint à son mémoire un nouveau rapport médical du 17 septembre 2008 signé par la Dresse J._____ (pce TAF 1 annexe 34). Cette dernière fait notamment part d'une aggravation du trouble dépressif, d'une augmentation de la médication et de l'attente d'un suivi psychiatrique.

F.

Par décision incidente du 24 octobre 2008 (pce TAF 2), la recourante est invitée à verser une avance sur les frais présumés de procédure d'un montant de Fr. 300.- jusqu'au 10 novembre 2008. La somme

requis est versé sur le compte du Tribunal en date du 31 octobre 2008 (pce TAF 3 p. 2).

G.

G.a Appelée à prendre position sur le recours, l'autorité inférieure, dans un préavis du 26 février 2009 (pce TAF 9), propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée en se basant sur une prise de position médicale du 10 février 2009, signée par le Dr I._____, (pce 113), faisant référence aux rapports psychiatrique de la Dresse H._____ du 22 janvier 2008 et neurologique du Dr K._____ du 8 avril 2009.

G.b La requérante réplique par acte du 2 juin 2009 (pce TAF 15). Confirmant ses conclusions antérieures, elle verse au dossier des rapports médicaux des 8 avril 2009 (du Dr L._____), 8 avril 2009 (du Dr K._____), 8 avril 2009 (du Dr M._____), 9 avril 2009 (du Dr N._____), 15 avril 2009 (du Dr O._____), 28 avril 2009 (de la Dresse P._____) et 29 avril 2009 (de la Dresse J._____).

H.

H.a Appelé à se déterminer sur la nouvelle documentation produite, l'OAIE, par duplique du 3 juillet 2009 (pce 17), réitère sa proposition de rejet du recours en se fondant sur un rapport du 30 juin 2009 établi par le Dr I._____ (pce 115).

H.b Invitée à se prononcer sur la duplique, la requérante, par acte du 10 août 2009 (pce TAF 20), persiste dans ses conclusions antérieures.

Le Tribunal de céans transmet ce mémoire à l'autorité inférieure pour connaissance (ordonnance du 17 septembre 2009 [pce TAF 21]).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20),

connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

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

2.

2.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71).

2.2 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5^{ème} révision de la LAI, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application de l'ancien droit n'a en l'espèce aucune influence sur le droit aux prestations (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1; 8C_972/2009 du 27 mai 2010 consid. 2.1). Eu égard au fait que la décision entreprise a été rendue le 2 septembre 2009 et que, selon l'autorité inférieure, l'état de santé de la recourante s'est amélioré de façon significative dès le 22 janvier 2008 (pce 87), les dispositions citées dans le présent arrêt sont celles en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008.

3.

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

3.2 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non 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). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

4.

4.1 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 283 consid. 4a). 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, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

4.2 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 a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-

même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié 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).

5.

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 351 consid. 3a et les références).

6.

6.1 En l'espèce, le litige porte sur le remplacement d'une rente entière d'invalidité par une demi-rente par voie de révision.

6.2 Selon l'art. 17 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), 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.

6.3 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]).

6.4 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

6.5 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 a été 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, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit qui constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 109 V 262, consid. 4a).

6.6 Dans la présente affaire, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2002 par décision de l'OAI GE du 2 juin 2004 (pce 53). Aucun examen matériel de la rente n'a été entrepris jusqu'à la date de la décision entreprise, à savoir le 2 septembre 2009. 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 le 2 juin 2004 et ceux qui ont existé jusqu'au 2 septembre 2008.

7.

7.1 En l'espèce, en 2004, le droit à une rente avait été reconnu à la recourante principalement sur la base du rapport d'examen du 12 mai 2004 effectué au SMR de B._____. (cf. supra let. B). Il ressortait de ce document que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, totalement incapacitant, chez une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques. L'administration avait ainsi retenu que la recourante était complètement incapable d'exercer une activité lucrative pour des raisons d'ordre psychiatrique.

7.2 En procédure de révision de la rente, le dossier a notamment été complété par un rapport psychiatrique du 22 janvier 2008 (pce 82) signé par la Dresse H._____. Le Dr I._____, du service médical de l'OAIE, a jugé que ce document était suffisant pour démontrer une amélioration significative de l'état de santé de la recourante permettant à cette dernière de retrouver, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 50% dans sa profession habituelle de nettoyeuse. L'administration s'est ensuite fondée principalement sur ces conclusions pour remplacer la rente entière par une demi-rente depuis le 1^{er} novembre 2008.

L'assurée remet en cause cette appréciation en niant notamment toute valeur probante au rapport du 22 janvier 2008 établi par la Dresse H._____. Se référant à divers certificats médicaux, elle fait valoir une aggravation de son état de santé tant au niveau psychique que somatique donnant lieu à une incapacité de travail totale pour toute profession.

7.3

7.3.1 Cela étant, force est de constater que le rapport précité du 22 janvier 2008 de la Dresse H._____ ne remplit pas les conditions jurisprudentielles en la matière et n'est pas assez précis pour déterminer la capacité de travail effective de l'assurée, comme le relève à juste titre la recourante. En effet, en ce qui concerne l'anamnèse, la Dresse H._____ se borne à relever que l'assurée, une année avant l'octroi de la rente en Suisse, a suivi des

consultations psychiatriques de façon régulière et qu'elle a interrompu celles-ci après peu de temps parce qu'elle n'en avait pas besoin et n'aimait pas ça. Or, il appert que cet aperçu des antécédents psychiatriques est très incomplet. D'une part, il ne fait aucunement mention des nombreux examens psychiatriques effectués lors de l'octroi initial de la rente qui avaient pourtant donné lieu à une longue discussion (cf. notamment rapport du Dr R._____ du 7 juin 2002 [pce 24] et expertises psychiatriques des 4 décembre 2001, 11 juin 2002 et 27 février 2003 [voire supra let. B]). D'autre part, il passe sous silence le fait que la recourante a été soumise à un traitement psychotrope pendant plusieurs années en Suisse avec consultation régulière d'une psychothérapeute (cf. à ce sujet pce 21 p. 2 1^{er} paragraphe; 24 p. 2; 26 p. 5; 35; 50 p. 3) et que ce traitement a été poursuivi de longue date par la Dresse J._____ lorsque l'assurée est retournée au Portugal (cf. notamment mémoire de l'assurée du 10 août 2009 [pce TAF 20 p. 3]; rapport médical E 213 du 14 mars 2008 [pce 84 p. 2 n° 3.2 s.]; rapport du 27 juin 2008 signé par la Dresse J._____ [pce 101]; rapport du 28 avril 2009 signé par la Dresse P._____ [pce TAF 15 annexe 37]). Pour cette raison déjà, on ne peut reconnaître au rapport psychiatrique du 22 janvier 2008 pleine valeur probante.

Par ailleurs, la Dresse H._____ pose le diagnostic de trouble mental symptomatique dû à une lésion cérébrale (F06.8 CIM 10) et relève que l'assurée se plaint en ce moment d'asthénie et d'anxiété légère. Sur la base de ces constats, elle conclut qu'il ne lui paraît pas exister une incapacité de travail totale chez l'assurée mais uniquement partielle. Cette évaluation donne lieu aux remarques suivantes. Tout d'abord, la Dresse H._____ semble mettre les troubles psychiques de la recourante en rapport avec une lésion cérébrale dont elle ne décrit pas expressément l'origine, bien que cette atteinte ne pourrait se rapporter qu'à une opération pour méningiome supra-sellaire effectuée sur l'assurée le 7 octobre 2002 (cf. rapport médical du 21 octobre 2002 [pce 30]). Or, il appert que les troubles psychiatriques de la recourante étaient déjà apparus bien avant cette opération comme l'attestent par exemple le rapport médical du Dr R._____ du 14 septembre 2001 (pce 20) et l'expertise psychiatrique du 4 décembre 2001 (pce 21). De surcroît, selon les rapports des 21 octobre 2002 et 24 janvier 2003 (pces 30 et 31), l'opération pour méningiome s'était déroulée sans complication (voire également rapport du Dr K._____ du 8 avril 2009 faisant part de l'absence de déficits neurologiques [pce TAF 15

annexe 40]). Ces éléments sont donc de nature à jeter un doute sérieux sur le bien-fondé des conclusions de la Dresse H._____. Au demeurant, on constate que ce médecin reste très vague et utilise une formulation des plus réservées lorsqu'il se prononce sur la capacité de travail de la recourante. D'un côté, il semble que la Dresse H._____ omet de décrire les symptômes en relation avec la lésion cérébrale (cf. par contre le rapport du 28 avril 2009 signé par la Dresse P._____ qui est beaucoup plus précis sur ce point [pce TAF 15 annexe 37]), dès lors qu'elle fait uniquement part d'une asthénie et d'une anxiété légère observée chez l'assurée. D'un autre côté, elle émet plusieurs réserves quant à son évaluation de la capacité de travail de l'assurée. En effet, elle indique que, en ce moment ("neste momento"), la recourante fait part uniquement d'asthénie et d'anxiété légère et ne donne ainsi aucune indication détaillée sur l'évolution dans le temps de l'état de santé de la recourante. Elle est également prudente en signalant qu'il ne lui paraît pas exister une limitation totale chez l'assurée ("não me parece existir limitação total") mais seulement partielle. Finalement, elle ne chiffre pas exactement la capacité de travail de la recourante ce qui pose des problèmes importants d'interprétation. Le doute est renforcé par les avis totalement contradictoires versés au dossier suite à la rédaction de ce rapport. Ainsi, alors que les Dresses J._____ et P._____, toutes deux médecins traitants de l'assurée, retiennent une incapacité de travail totale de la recourante pour toute profession (cf. par exemple rapports des 28 avril 2009 [pce TAF 15 annexe 37] et 29 avril 2009 [pce TAF 15 annexe 36]), le Dr Q._____, médecin de l'INSS, relève qu'un travail est exigible à 100% de la part de l'assurée autant dans sa profession habituelle de nettoyeuse (après récupération de l'opération au genou effectuée du 1^{er} au 3 mars 2008) que dans une activité de substitution (rapport médical E 213 du 14 mars 2010 [pce 84 p. 10 n° 11.4]). De son côté, le Dr I._____ estime, sur la base notamment du rapport imprécis de la Dresse H._____ du 22 janvier 2008, que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% sur le plan psychique (rapport des 30 mai 2008 [pce 86], 11 août 2008 [pce 105], 10 février 2009 [pce 113] et 30 juin 2009 [pce 115]).

7.3.2 Au demeurant, on constate que le Dr I._____, dans son rapport du 30 juin 2009 (pce 115) retient lui-même que la recourante souffre de fibromyalgie, à l'instar de la Dresse J._____ (cf. rapports des 27 juin 2008 [pce 101], 17 septembre 2008 [pce TAF 1 annexe 34] et 29 avril 2009 [pce TAF 15 annexe 36]; cf. également l'expertise

psychiatrique du 11 juin 2002 [pce 26] faisant part d'un syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4 CIM 10]). Or, on rappelle que, selon la jurisprudence, en cas de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux, une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Au vu des particularités de la présente affaire, notamment des opinions contradictoires des médecins sur les atteintes dont souffre la recourante et les conséquences de celles-ci sur sa capacité résiduelle de travail, le Tribunal de céans estime qu'une telle expertise est indispensable pour faire la lumière nécessaire sur l'état de santé de la recourante et son évolution dans le temps.

7.4 Eu égard à tout ce qui précède, et quoiqu'en dise le Dr I._____, il appert que la documentation médicale versée au dossier ne permet pas de se prononcer valablement sur l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire, avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre ainsi que, éventuellement, de tout autre spécialiste dont l'avis devrait s'avérer nécessaire (cf. par exemple rapport du 29 avril 2009 signé par la Dresse J._____ faisant part d'affections d'ordre somatique [pce 15 annexe 36]). Le cas échéant, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

8.

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 300.- versé à titre d'avance de frais lui est restitué.

9.

La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de

Fr. 2'500.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle nécessite et du temps que l'avocat pouvait y consacrer (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 2 septembre 2008 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 300.- payé par la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué.

3.

Un montant de Fr. 2'500.- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :