



---

Cour III  
C-2527/2008

{T 0/2}

## Arrêt du 8 septembre 2009

---

Composition

Johannes Frölicher (président du collège), Alberto Meuli (président de la Cour), Madeleine Hirsig, juges, Valérie Humbert, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
recourant,

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

décision du 17 mars 2008.

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

A.\_\_\_\_\_ est un ressortissant espagnol marié, né le 22 mai 1952 (pce 6). Il a travaillé en Suisse de 1976 à 1992 auprès de divers employeurs actifs dans la restauration (pce 5). De retour en Espagne, il a oeuvré comme restaurateur indépendant de 1993 à 2004 (pces 19 et 31). Depuis le 11 janvier 2007, il est au bénéfice d'une rente invalidité versée par l'institut national de la sécurité sociale espagnole (INSS; cf. pces 2 et 6 p. 3).

**B.** Le 26 février 2007, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) par le biais du formulaire E 204 qui parvient à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) le 26 avril 2007 (pce 6). Il ressort de ce document qu'il avait déposé une première requête en Espagne le 1<sup>er</sup> février 2006, laquelle n'avait pas été transmise à l'autorité suisse faute pour lui d'avoir précisé qu'il avait travaillé en Suisse.

Ont été principalement versés au dossier dans cette procédure:

- deux questionnaires pour indépendants datés des 30 octobre et 22 novembre 2007 (pces 14 et 19);
- le questionnaire à l'assuré du 30 octobre 2007 (pce 15);
- un certificat du 9 août 2007 de l'agence fiscale qui atteste de la cessation, au 3 août 2004, de l'activité de restaurateur indépendant (pce 17);
- un rapport médical du 6 mars 2003 Dr F.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital Miguel Dominguez qui observe des discopathies lombaires au niveau L3-L4, L4-L5 et L5-S1 avec de minimes protusions discales, sans conflit radiculaire, le cône médullaire et la queue de cheval ne présentent pas non plus d'altérations significatives (pce 20);
- un rapport du 14 juin 2004 du Dr E.\_\_\_\_\_, qui a procédé à un test d'effort qui s'est avéré cliniquement négatif et à un électrocardiogramme et une échocardiographie qui n'ont rien révélé de significatif. Ce médecin note que les douleurs thoraciques sont

actuellement à l'étude et que le patient présente un risque coronaire (pce 21):

- deux informations médicales du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin à Z.\_\_\_\_\_ la première datée du 5 mai 2005 et la seconde du 10 octobre 2005. Ce médecin affirme avoir eu en consultation l'assuré à plusieurs reprises, il présente selon lui le tableau clinique suivant: spondyloarthrose naissante lombaire, cervicale et dorsale avec discopathie L5-S1; céphalées intenses; insomnies et légers vertiges; stéatose hépatique avec inflammation; haut cholestérol; opération des varices; gastrites chroniques; agoraphobie; angoisse avec palpitations, tachycardie; hypertension (pces 22 et 23);
- un rapport du 30 janvier 2006 de E.\_\_\_\_\_, psychologue clinicien au Complexe hospitalier de W.\_\_\_\_\_, qui évoque des symptômes de panique et d'agoraphobie avec des répercussions sur le fonctionnement diurne en raison de sa tendance à éviter les situations qui peuvent provoquer les crises d'anxiété. Ces troubles existent de manière fluctuante depuis 9 ans avec une tendance à la chronification et à l'intensification des symptômes dans un contexte de stress. L'assuré suit une thérapie cognitive-comportementale et un traitement psychopharmacologique. E.\_\_\_\_\_ parle d'une amélioration favorable de l'isolement social avec persistance de l'anxiété (pce 24);
- une information médicale du 10 février 2006 du Dr H.\_\_\_\_\_ lequel affirme que la cause fondamentale de l'incapacité de travail est un syndrome anxio-dépressif avec agoraphobie. L'évolution n'est selon ce médecin pas optimale malgré le traitement combiné de la thérapie psychologique de soutien et pharmacologique. Des idées d'autolyse surgissent de manière intermittente durant les consultations (pce 25);
- un rapport médical du 22 novembre 2006 du Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, qui pose le diagnostic de troubles anxieux phobiques (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM [ICD-10] F40.0) et de dépression chronique. Il pose un pronostic très défavorable quant à l'évolution de la maladie (pce 28);
- une information médicale du 26 mars 2007 de D.\_\_\_\_\_, psychologue clinicienne au Complexe hospitalier de W.\_\_\_\_\_, qui

reprend en substance les constatations établies par son confrère en janvier 2006 et, se référant à la dernière consultation du 23 mars 2007, note une persistance de l'anxiété qui prend la forme de crises aiguës (pce 29);

- l'expertise E213 du 16 avril 2007 établie par la Dresse J. \_\_\_\_\_ médecin à l'INSS, qui reprend le diagnostic posé par le Dr C. \_\_\_\_\_. Dans les déficits fonctionnels, ce médecin note que l'assuré est inapte à effectuer des tâches nécessitant de la concentration, de l'attention, de la responsabilité ou un effort émotionnel (pce 30);
- une copie d'un jugement du 5 décembre 2007 du Tribunal supérieur de justice de Galicie réformant la décision du 28 décembre 2006 en ce sens qu'est reconnu à A. \_\_\_\_\_ une invalidité permanente absolue en lieu et place d'une invalidité permanente totale (pce 32);

**B.a** Cette documentation a été soumise à l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_, médecin généraliste à l'OAIE, lequel, dans sa prise de position du 5 janvier 2008, estime qu'il n'y aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle. Il ne nie pas la présence d'un trouble psychologique mais remarque que l'importance et le degré de ce trouble sont contradictoires. Ce médecin choisit de suivre l'avis de ses collègues estimant que la maladie psychique est modérée et ne justifie pas une incapacité durable. Leurs avis lui semblent plus sérieux que l'attestation unique du Dr C. \_\_\_\_\_ qui se baserait essentiellement sur des renseignements anamnétiques et non sur une observation prolongée (pce 34).

### **C.**

**C.a** Par projet de décision du 11 janvier 2008, l'OAIE a informé A. \_\_\_\_\_ qu'elle entendait rejeter sa demande au motif qu'il n'y a pas d'incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année et que malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative est toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce 35).

**C.b** Par acte non daté, reçu par l'OAIE le 11 février 2008, A. \_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision faisant essentiellement valoir que les autorités de son pays lui ont reconnu une invalidité permanente absolue pour tout travail (pce 36).

**C.c** Par décision du 17 mars 2008, l'OAIE a rejeté les objections de A.\_\_\_\_\_, précisant que les décisions de la Sécurité sociale étrangère ne lient pas l'AI suisse (pce 38).

**D.**

**D.a** Le 17 avril 2008, A.\_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision du 17 mars 2008 par devant le Tribunal administratif fédéral concluant à ce que lui soit reconnue une incapacité de travail totale. A l'appui de son recours, il se réfère essentiellement aux décisions prononcées dans son pays.

**D.b** Dans sa réponse du 25 juin 2008, l'autorité inférieure maintient en substance son argumentation concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

**D.c** Invité par ordonnance du TAF du 2 juillet 2008 à répliquer et à verser une avance sur les frais de procédure présumés, le recourant produit une nouvelle copie de son recours accompagné de copies de pièces déjà versées au dossier. Il s'acquitte partiellement de l'avance de frais, laquelle fut complétée sur injonction du Tribunal.

**Droit :**

**1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, 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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'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-ci est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

**1.2** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. 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 et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable.

## **2.**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2<sup>e</sup> éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265 ). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. 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 1er 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 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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

**3.3** De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (Arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid.

2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

**3.4** La décision litigieuse est datée du 17 mars 2008. S'agissant du droit applicable, il convient donc encore de préciser que le 1<sup>er</sup> janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision) sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), si le cas d'assurance survient avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ce sont les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'appliquent. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). En l'espèce, le recourant a déposé le 1<sup>er</sup> février 2006 auprès des autorités espagnoles compétentes une première demande qui n'a pas été transmise à l'OAIE. Cette date est toutefois déterminante conformément à l'art. 86 in fine du Règlement (CEE) n° 1408/71 qui prescrit que la date à laquelle les demandes, les déclarations et recours ont été introduits auprès d'une autorité ou d'une juridiction du second Etat est considérée comme la date de l'introduction auprès de l'autorité, de l'institution ou de la juridiction compétente pour en connaître.

Vu l'issue du litige (cf. consid. 8), la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer si le droit à une prestation existe, cas échéant, s'il est né sous l'ancien ou sous le nouveau droit. En conséquence, les dispositions légales sont citées en principe dans leur teneur jusqu'au 31 décembre 2007. Il sied de noter que les principes légaux et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification avec l'introduction du nouveau droit. Il reviendra à l'autorité inférieure, dans le cadre de son nouvel examen, de faire application des dispositions légales idoines, notamment des règles transitoires topiques.

**4.**

Selon les normes en vigueur, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et 4, 28, 29 al. 1 LAI),
- compter une année entière au moins de cotisations (trois années depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008; art. 36 al. 1 LAI).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (pce 5). Il reste à examiner si et dans quelle mesure il est invalide.

**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.

**5.2** 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 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.

**5.3** L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente

s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**5.4** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2004 ; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

**5.5** Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). 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; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

## **6.**

**6.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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.

**6.2** La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail.

C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2)

**6.3** 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 351 consid. 3a et les références).

**7.**

**7.1** En l'espèce la décision litigieuse est consécutive à la détermination du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste à l'OAIE, lequel écarte la prise de position du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, qui pose un pronostic défavorable quant à l'évolution de l'état de santé psychique du recourant et à sa capacité de travail, au profit des rapports des deux psychologues cliniciens. Relevant que la documentation médicale est contradictoire, il prend motif du fait que le Dr C.\_\_\_\_\_ ne se serait pas fondé sur une observation personnelle prolongée du recourant, à l'instar des deux autres psychologues. Ce point de vue appelle plusieurs remarques de la Cour de céans.

**7.2** Tout d'abord, il sied de relever que les deux psychologues ne se prononcent pas sur le caractère médicalement exigible d'une activité adaptée aux problèmes psychiques du recourant. Il est de toute manière douteux qu'ils disposent, au regard de la jurisprudence, des qualifications professionnelles appropriées pour ce faire n'étant pas titulaires du diplôme de médecine (à propos de la qualification professionnelle de l'expert, cf. arrêt du Tribunal fédéral I 779/01 du 16 octobre 2002 consid. 4.1). Seul le Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre, est habilité à poser un diagnostic en l'espèce, ce qu'il fait en se référant de surcroît à un système de classification reconnu (ATF 124 V 209 consid. 4b, ATF 132 V 65 consid. 3.4).

**7.3** E.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ sont tous les deux psychologues cliniciens dans la même unité de santé mentale. Le premier affirme dans son rapport du 30 janvier 2006, que le recourant a consulté le centre pour la première fois en novembre 2005 ("en noviembre del pasado año") alors que la deuxième dans son rapport du 26 mars 2007 avance la date de novembre 2004. E.\_\_\_\_\_ parle d'une psychothérapie initiée en février de cette année ("febrero de este año"). Or, son rapport est daté du 30 janvier 2006, si bien qu'on ne voit pas comment il peut évoquer une évolution favorable alors que l'un des volets thérapeutiques n'a pas encore été engagé. En mars 2007, D.\_\_\_\_\_ ne formule aucun pronostic quant à l'avenir, elle relève un niveau élevé d'anxiété de base et la persistance de crises aiguës d'angoisse. Chronologiquement, entre ces deux rapports, intervient la prise de position du 22 novembre 2006 du Dr C.\_\_\_\_\_ qui n'est pas antinomique dans la mesure où une péjoration de la situation depuis le rapport de E.\_\_\_\_\_ est tout à fait imaginable et que la détermination de D.\_\_\_\_\_ ne contredit en rien cette possibilité.

**7.4** Par ailleurs, la jurisprudence est plutôt encline à considérer avec réserve les avis provenant des thérapeutes traitants, précisément en raison de la relation de confiance qui les unit avec leur patient (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Zurich 1997, p. 230). Il est vrai que ce point de vue est généralement appliqué dans les cas où le rapport du médecin traitant est favorable à son patient, toujours est-il qu'il permet en l'espèce de rappeler qu'à l'inverse de ce que prétend le Dr B.\_\_\_\_\_ de l'OAIE, un traitement prolongé auprès d'un thérapeute ne garantit nullement la neutralité de sa position. Les experts mandatés à l'occasion d'évaluation de l'invalidité ne procèdent souvent qu'à des observations temporaires, de quelques heures à une journée, sans que cela n'oblitére leur rapport d'expertise. Cet argument n'est donc pas suffisant pour écarter le rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_.

**7.5** L'expertise E213 n'apporte aucun élément digne d'intérêt au sujet de l'état de santé mentale du recourant. D'une part, on ignore la spécialisation de la Dresse en charge de l'établir et, d'autre part, elle se contente de reprendre les diagnostics posés par le Dr C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. Elle exclut tout de même l'exercice d'activité impliquant des responsabilités et de la concentration, ce qui, cas échéant, rend difficilement possible l'exigibilité de la profession de restaurateur indépendant, laquelle à l'évidence, implique responsabilité et attention. Le Dr I.\_\_\_\_\_ – qui ne semble pas non plus être psychiatre – évoque aussi de l'angoisse avec des douleurs de poitrine, un sentiment d'oppression avec palpitation. Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, il est difficile de savoir à quel titre il intervient (médecin de premier recours du patient ?), mais son pronostic n'est pas favorable, il évoque les idées suicidaires du recourant lors des consultations.

**7.6** Il s'en suit que s'il est non contesté que le recourant subit une atteinte dans sa santé mentale, la Cour de céans n'est pas en mesure de se rallier sans réserve à la position de l'autorité inférieure. La prédominance donnée aux rapports des psychologues cliniciens ne convainc pas le TAF. Il existe en effet un doute sur le caractère invalidant ou non des affections psychiques. Partant l'autorité inférieure se devait de procéder à une investigation psychiatrique afin de clarifier les incidences des souffrances psychiques du recourant

sur sa capacité de travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 260/00 du 29 novembre 2000 consid. 3a).

**8.**

Dans ces circonstances, il y a lieu d'annuler la décision du 17 mars 2008 et d'admettre partiellement le recours. Il se justifie en effet, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle procède à une expertise psychiatrique répondant aux exigences de la jurisprudence. Elle déterminera également clairement les effets de l'état de santé somatique (évolution des protusions discales notamment) sur la capacité résiduelle de travail du recourant. Dans le cadre de cette nouvelle instruction, l'autorité inférieure devra également consulter le dossier de l'institution espagnole de sécurité sociale, le recourant étant au bénéfice d'une rente pour incapacité permanente absolue (c'est à dire dans toute profession) dans son pays de résidence. Elle soumettra cette nouvelle documentation à son service médical, puis rendra une nouvelle décision.

**9.**

**9.1** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 404.- déjà versée par le recourant lui sera restitué sur le compte bancaire qu'il aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

**9.2** A teneur de l'art. 64 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En l'espèce, le recourant s'est défendu seul, sans faire appel à un mandataire, et il n'est pas démontré qu'elle a subi de ce fait des frais considérables. Partant, il ne lui est pas alloué de dépens.

(dispositif à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 17 mars 2008 est annulée. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin que celui-ci procède au sens du considérant 8 et prenne ensuite une nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais d'un montant de Fr. 404.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral une fois le présent arrêt entré en force.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. )
- à l'Office fédéral des assurances sociales
- 

Le président du collège :

La greffière :

Johannes Frölicher

Valérie Humbert

**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 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :