



Cour III
C-2966/2011

Arrêt du 3 juillet 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Elena Avenati-Carpani, Beat Weber, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Michel Béguelin,
rue Dufour 12, 2502 Bienne,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 9 mai 2011).

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante suisse domiciliée en France, née le [...] 1962, divorcée et mère de trois enfants nés en 1989, 1992 et 1995 (OAIE pces 18, 32, TAF pce 8).

Elle a travaillé en Suisse en qualité de collaboratrice/employée de banque pour B._____, à des taux d'occupation variables (80%, 60%, 50%), du 1^{er} août 1986 au 30 novembre 2002, date à laquelle son employeur a mis fin au contrat qui les liait; au cours de ces années, l'intéressée s'est trouvée en arrêt de travail à plusieurs reprises (OAIE pces 1 à 17, 22, 39, 43, 60, 67 à 74). A partir du 1^{er} décembre 2002, A._____ a travaillé en qualité de gestionnaire backoffice au service Courtiers de C._____, d'abord à 100%, puis, dès le 1^{er} avril 2003, à 80%, activité qu'elle a cessé le 6 novembre 2003 pour raison de maladie; le 30 septembre 2004, C._____ a résilié le contrat de travail qui la liait à l'intéressée (OAIE pces 17, 42, 43, 46, 49, 59). Durant ces années d'activité professionnelle en Suisse, A._____ a cotisé auprès de l'assurance-vieillesse et invalidité (AVS/AI; OAIE pce 110).

Elle a ensuite effectué une période de chômage en France, du 1^{er} octobre 2004 au 14 juin 2007, suivie, selon ses dires, d'une activité salariée comme aide à domicile pour D._____, en France, du 17 juillet au 22 septembre 2007 (OAIE pces 21, 22, 42, 80; voir également OAIE pces 23, 25, 26, 27, 42). Victime d'un infarctus du myocarde le 23 septembre 2007, elle a cessé son activité professionnelle à cette date et n'en a plus repris par la suite (OAIE pces 61, 76, 90). A compter du 1^{er} avril 2010, l'intéressée s'est vue attribuer une pension d'invalidité en France (OAIE pces 18, 20, 51, 56).

B.

En date du 14 janvier 2010, A._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse, qui l'a reçue le 8 mars 2010 (OAIE pces 18, 24). Elle y indique, comme date du début de l'incapacité de travail, celle du 23 septembre 2007. Lors de la procédure d'examen de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a recueilli divers renseignements économiques, dont les documents qui retracent la carrière professionnelle de l'intéressée (voir supra A.), le questionnaire à l'assuré et le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, du

16 novembre 2010 (OAIE pces 61, 63), ainsi que les documents médicaux suivants:

- les certificats médicaux d'arrêt de travail des Drs E._____, médecin-traitant, F._____, des Hôpitaux de X., et G._____, psychiatre à la Clinique Y. (OAIE pces 67 à 70, 72 à 74, 79),
- le bulletin de situation du 26 décembre 2001 émis par les Hôpitaux de X. et le résumé d'hospitalisation du 24 janvier 2002, établi par le Dr H._____, des Hôpitaux de X., relatifs à l'hospitalisation de l'intéressée du 21 au 26 décembre 2001 en raison d'un éthyisme aigu; le Dr H._____ pose le diagnostic de syndrome dépressif associé à un éthyisme aigu et rapporte l'avis psychiatrique du Dr F._____ selon lequel il s'agit d'un syndrome dépressif avec idées suicidaires sur personnalité pathologique dépendante avec composante masochiste; il est également fait état d'une demande d'hospitalisation à la Clinique Y. (OAIE pces 77, 84),
- les bulletins de situation de la Clinique Y. indiquant que l'intéressée y est entrée le 4 janvier 2002 et en est sortie le 13 février 2002 (OAIE pces 8, 12),
- le bulletin de situation du 6 mai 2002 émis par les Hôpitaux de X. et le rapport d'hospitalisation du 22 mai 2002, établi par le Dr I._____, des Hôpitaux de X., relatifs à l'hospitalisation de l'intéressée du 29 au 30 avril 2002; le Dr I._____ pose le diagnostic de tentative de suicide médicamenteuse associée à un alcoolisme chronique et une conjugopathie (OAIE pces 71, 85),
- le bulletin de situation de la Clinique Y. indiquant que l'intéressée y est entrée le 11 mai 2002 et en est sortie le 8 juin 2002 (OAIE pce 13),
- deux documents non datés sur lesquels figurent le tampon du Dr E._____ et les noms, respectivement, du Dr J._____ et du Dr K._____, documents mentionnant, pour le premier, une hospitalisation le 2 décembre 2003 pour tentative de suicide médicamenteuse et, pour le second, un séjour du 26 novembre au 13 décembre 2004 pour tentative de suicide par absorption médicamenteuse, avec vin; le second document indique qu'elle a été prise en charge au niveau psychiatrique par le Dr L._____ et fait état d'une dépression récurrente avec un épisode dépressif majeur associé à de l'alcoolisme (OAIE pce 86),

- un document non daté sur lequel figurent le tampon du Dr E._____, et le nom d'un Dr M._____, qui rapporte une consultation pour oppression thoracique (OAIE pce 89),
- un compte-rendu d'hospitalisation du 3 octobre 2007 et un résumé d'unité médicale du 5 octobre 2007 du Dr N._____, anesthésiste réanimateur aux Hôpitaux de X., concernant une hospitalisation d'urgence de l'intéressée en réanimation, du 22 au 23 septembre 2007; le Dr N._____ note le diagnostic d'angine de poitrine instable (OAIE pces 87, 88, 94),
- un compte-rendu de coronarographie et d'angioplastie coronaire, effectuées le 24 septembre 2007 par le Dr O._____, du Service de cardiologie du Centre hospitalier de Z., qui conclut à une sténose serrée de l'artère inter-ventriculaire antérieure (IVA) moyenne et à des lésions intermédiaires de l'artère diagonale (DI) et de l'artère circonflexe (CX) moyenne (OAIE pce 90), et un rapport du même médecin au Dr N._____, du 25 septembre 2007 également, qui indique avoir entrepris une revascularisation de l'IVA, en implantant un stent passif (OAIE pce 92),
- un document manuscrit du 25 septembre 2007 des Hôpitaux de X. relatif au séjour de l'intéressée en cardiologie du 25 au 28 septembre 2007, lequel document fait état d'une évolution satisfaisante (OAIE pce 93),
- un compte-rendu d'hospitalisation et un résumé d'unité médicale du 5 octobre 2007 du Dr P._____, cardiologue aux Hôpitaux de X., suite à l'hospitalisation de l'intéressée du 25 au 28 septembre 2007 pour surveillance et convalescence post angioplastie coronaire; le Dr P._____ note une stabilité clinique et hémodynamique (OAIE pces 91, 95, 96),
- un rapport du 6 novembre 2007 établi par le Dr P._____ après avoir examiné l'intéressée le 25 octobre 2007, qui relève une fréquence cardiaque élevée malgré le traitement, le maintien d'une bonne fonction ventriculaire gauche et l'absence d'épanchement péricardique (OAIE pce 97),
- deux documents manuscrits peu lisibles du service de cardiologie des Hôpitaux de X., dont l'un, daté du 28 novembre 2007, concerne un

séjour à l'hôpital du 28 novembre au 3 décembre 2007 (OAIE pces 98, 99),

- un compte-rendu d'hospitalisation et un résumé d'unité médicale du 10 décembre 2007 établi par le Dr P. _____ suite à l'hospitalisation précitée en raison de troubles du rythme ventriculaire ayant nécessité une substitution de traitement bêtabloquant; le médecin recommande de compléter le bilan par une scintigraphie myocardique (voir également OAIE pce 102); dans le résumé, il retient le diagnostic de dépolarisation ventriculaire prématurée associée à des troubles mentaux et à des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de tabac et à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (OAIE pces 100, 101),
- un rapport du 28 décembre 2007 établi par le Dr P. _____ après qu'il a examiné l'intéressée – laquelle est en réadaptation cardiaque à l'Hôpital de W. – les 18 et 28 décembre 2007 en raison de la survenance de plus en plus fréquente d'extrasystolie ventriculaire; il relève en particulier une hypokinésie septo-apicale (OAIE pce 103),
- le rapport E 213 du 1^{er} mars 2010 établi par la Dresse Q. _____, médecin conseil du Service Médical de l'Assurance Maladie à U., en France, et basé sur un examen effectué par le Dr R. _____ du 14 janvier 2010; la Dresse Q. _____ retient le diagnostic d'infarctus et indique qu'en vertu de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, que le médecin note être celle de secrétaire, est totale (OAIE pce 76),
- un document provenant du dossier de A. _____ auprès de l'Echelon Local du Service Médical de V. faisant état d'observations médicales de divers médecins et de traitements médicamenteux suivis par l'intéressée, entre le 20 janvier 2009 et le 1^{er} avril 2010 (OAIE pce 75).

C.

Consulté par deux fois sur les documents précités, le Service médical de l'OAIE, en la personne du Dr S. _____, a retenu, dans sa première prise de position du 31 janvier 2011 (OAIE pce 82), le diagnostic principal de status après infarctus du myocarde et, comme diagnostic secondaire sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'alcoolisme. Il estime que l'intéressée peut exercer à plein temps et sans restriction son

ancienne activité de secrétaire, physiquement légère, de même que toute autre activité n'exigeant pas le port de charges supérieures à 10kg.

Suite à la production de documents médicaux complémentaires requis de l'intéressée par l'OAIE (voir supra B.), le Dr S._____, dans sa seconde prise de position du 14 avril 2011 (OAIE pce 106), a à nouveau retenu le diagnostic principal de status après infarctus du myocarde et, comme diagnostic secondaire sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'alcoolisme chronique avec dépression. Il maintient par ailleurs les conclusions de sa précédente prise de position.

Par projet de décision du 20 avril 2011 (OAIE pce 107), l'OAIE a informé A._____ qu'il entendait refuser sa demande de prestations, en l'absence d'invalidité.

D.

Par message électronique du 7 mai 2011 (OAIE pce 109), l'intéressée s'étonne de ne pas avoir droit à une prestation de l'assurance-invalidité suisse, relevant que ce sont des médecins français qui l'ont déclarée inapte au travail et qui l'ont mise en invalidité.

Par décision du 9 mai 2011 (OAIE pce 108), l'administration a confirmé son projet de décision.

E.

Par acte du 21 mai 2011 (TAF pce 1), déposé à la Poste française le 23 mai 2011 et régularisé par écriture du 11 juin 2011 (TAF pce 4), A._____ a déféré la décision précitée au Tribunal de céans, faisant valoir que suite à son infarctus, elle a des problèmes de santé l'empêchant de faire certains actes de la vie courante. Elle soutient en outre que depuis cet événement, elle n'a pas pu reprendre d'activité professionnelle.

Dans sa réponse au recours du 10 août 2011 (TAF pce 9), l'autorité inférieure a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

F.

Par décision incidente du 18 août 2011 (TAF pce 10), le Tribunal administratif fédéral a admis la demande d'assistance judiciaire partielle formulée par la recourante (écriture du 11 juin 2011 [TAF pce 4]; voir

également formulaire de demande [TAF pce 8]) et l'a dispensée du paiement des frais de procédure.

G.

Par réplique du 21 septembre 2011 (TAF pce 14), complétée par écriture du 21 novembre 2011 (TAF pce 17), la recourante maintient qu'elle ne peut travailler en raison des suites de son infarctus qui provoqueraient en particulier des problèmes de vue et d'ouïe, une fatigue constante, des insomnies et des essoufflements au moindre effort. Elle relève par ailleurs que les prises de position du médecin de l'OAIE sont en allemand et qu'elle ne peut les traduire.

Dans sa duplique du 1^{er} décembre 2011 (TAF pce 19), l'autorité inférieure a réitéré les conclusions contenues dans sa réponse.

H.

Par ordonnance du 13 décembre 2011 (TAF pce 20), le Tribunal administratif fédéral a rejeté la requête implicite de la recourante tendant à la traduction en français des prises de position du médecin de l'OAIE et a porté à sa connaissance la duplique de l'autorité inférieure, à laquelle l'intéressée a répondu le 5 mars 2012 (TAF pce 21), indiquant avoir été hospitalisée pour plusieurs examens et souffrir d'apnée du sommeil; elle requiert par ailleurs à pouvoir bénéficier de l'assistance gratuite d'un avocat.

Par décision incidente du 26 septembre 2012 (TAF pce 30; voir également TAF pces 22 à 29), le Tribunal administratif fédéral a admis la requête de la recourante, celle-ci étant représentée par Me Michel Béguelin.

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), 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 En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

Le droit matériel 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 1 consid. 1.2, ATF 130 V 445 consid. 1.2). Il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en l'espèce au regard de la LAI et de son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 (modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 [5^e révision], entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 [RO 2007 5129]), les dispositions de la 6^e révision (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659; FF 2010 1647) n'étant pas applicables.

3.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (OAIE pce 110) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

4.

4.1 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 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI 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. 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. 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 (art. 6 LPGA). Ainsi le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA (méthode générale).

4.2 Selon l'art. 8 al. 3 LPGA et 5 al. 1 LAI, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, telles les personnes s'occupant du ménage, et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels, telles les tâches domestiques (méthode spécifique; art. 28a al. 2 LAI, art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). L'appréciation de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité nécessite que l'on compare les activités qu'une personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspondra alors à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.

4.3 Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel ou une activité sans être rémunéré dans l'entreprise du conjoint parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (méthodes générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte; art. 28a al. 3 RAI; sur la conformité au droit de cette méthode, arrêt de principe du

Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011; ATF 125 V 146). Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

4.4 L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée, respectivement une incapacité à accomplir les travaux habituels pour les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut exiger qu'ils le fassent.

5.

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c).

En outre, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente le 14 juillet 2010 au plus tôt (six mois après le dépôt de la demande) ou entre cette date et le 9 mai 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et les références).

6.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3); elle ne tient

pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin; enfin elle applique le droit d'office. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; PIERRE MOOR, op. cit., ch. 2.2.6.5).

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, 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, et apparaît en général justifié si l'administration 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).

7.

Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). Le Tribunal fédéral a jugé en effet 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).

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 importants 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).

8.

La recourante soutient ne plus être capable de travailler depuis septembre 2007, suite l'infarctus du myocarde. L'OAIE estime au contraire que la recourante peut, au moins depuis décembre 2007, exercer son ancienne activité de secrétaire ou toute autre activité n'exigeant pas le port de charges de plus de 10 kg.

9.

9.1 Il ressort des pièces au dossier que la recourante a été hospitalisée une première fois du 21 au 26 décembre 2001, hospitalisation suivie d'un séjour en clinique du 4 janvier au 13 février 2002, et qu'elle souffrait alors d'un syndrome dépressif avec idées suicidaires sur personnalité pathologique dépendante avec composante masochiste, associé à un éthylisme aigu (OAIE pces 77, 84, 8, 12). Puis ont eu lieu trois autres hospitalisations les 29 et 30 avril 2002, également suivie par un séjour en clinique du 11 mai au 8 juin 2002, le 2 décembre 2003 et du 26 novembre au 13 décembre 2004, en raison de tentatives de suicide médicamenteuses associées à un alcoolisme chronique, le rapport médical concernant la dernière hospitalisation faisant état d'une dépression récurrente avec épisode dépressif majeur associé à de l'alcoolisme (OAIE pces 71, 85, 13, 86). Il est encore mentionné, par la suite, en décembre 2007, dans un rapport du Dr P._____, cardiologue (OAIE pce 101), des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de tabac ainsi qu'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, diagnostics associés au diagnostic principal de dépolarisation ventriculaire prématurée.

Au niveau somatique précisément, il s'avère que la recourante a été victime d'un infarctus du myocarde en septembre 2007, suite auquel elle a subi une angioplastie coronaire, également en septembre 2007 (OAIE pces 87, 88, 94, 90, 92). Puis en novembre et décembre 2007, des troubles du rythme ventriculaire ont été observés, nécessitant une hospitalisation, suivie d'examens en décembre 2007, le Dr P._____ posant alors le diagnostic de dépolarisation ventriculaire prématurée et observant une hypokinésie septo-apicale (OAIE pces 98 à 103).

Par la suite, et bien que la recourante ait déposé sa demande de prestations en janvier 2010, la situation médicale est bien moins documentée, puisque seules deux pièces datant d'après décembre 2007 ont été versées au dossier, soit le document provenant du dossier de la recourante auprès de l'Echelon Local du Service Médical de V. rapportant

diverses observations médicales faites entre le 20 janvier 2009 et le 1^{er} avril 2010 (OAIE pce 75) et le rapport E 213 du 1^{er} mars 2010 (OAIE pce 76), lequel mentionne uniquement le diagnostic d'infarctus.

Se fondant sur les documents précités, le Dr S._____, dans ses prises de position des 31 janvier et 14 avril 2011 (OAIE pces 82, 106), a retenu le diagnostic principal de status après infarctus du myocarde et le diagnostic secondaire sans répercussion sur la capacité de travail d'alcoolisme chronique avec dépression.

9.2 Or, il s'avère d'une part, au vu de ce qui précède, que la plupart des rapports médicaux produits, principalement constitués de comptes-rendus d'hospitalisation ou d'examens plutôt succincts, datent des années 2001 à 2007 et témoignent donc de l'état de santé de l'intéressée ou des événements médicaux survenus durant ces années-là. Il appert d'autre part que le rapport E 213, plus récent, a été établi par la Dresse Q._____, médecin conseil du Service Médical de l'Assurance Maladie à U., en France, laquelle n'a toutefois pas examiné elle-même l'intéressée, l'examen ayant été effectué le 14 janvier 2010 par le Dr R._____, dont on ne connaît pas, en particulier, la spécialisation; par ailleurs, ce rapport, peu détaillé, ne contient que très peu d'éléments, tant au niveau psychologique qu'au niveau somatique, ce qui ressort également des remarques du Dr S._____ au sujet de ce rapport dans sa prise de position du 31 janvier 2011; enfin, au regard des antécédents médicaux de la recourante et alors qu'il est fait état de symptômes d'anxiété, d'insomnie et de tachycardie, la Dresse Q._____ n'explique pas, notamment, comment les atteintes à la santé de la recourante ont évolué et pourquoi seul le diagnostic d'infarctus est retenu. Quant au document provenant du dossier de l'Echelon Local du Service Médical de V., s'il ne constitue pas un rapport de médecin et ne saurait suffire à établir avec pertinence l'état de santé de la recourante entre le 20 janvier 2009 et le 1^{er} avril 2010, dans la mesure où il ne fait que reprendre et énumérer de façon sommaire, sur une page, les traitements médicamenteux suivis par l'intéressée et les observations de différents médecins, il en ressort cependant que durant la période à laquelle il se réfère, certains troubles ont été constatés, en lien avec lesquels des arrêts de travail sont mentionnés. Ce document rapporte en effet, à la date du 4 août 2009 par exemple, une patiente très déséquilibrée au point de vue affectif, une anxiété avec manifestations somatiques, des insomnies et tachycardies, une tension artérielle instable, des douleurs thoraciques et surtout des crises d'alcoolisation, ainsi qu'une hospitalisation récente pour ivresse aigue majeure; il mentionne

également une ordonnance du 3 novembre 2009 prescrivant des médicaments agissant en particulier contre la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, la dépendance à l'alcool, contre les récurrences de maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle. Or, ces éléments n'ont donné lieu à aucune investigation de la part de l'administration, le Dr S._____, qui, spécialiste en médecine interne générale, n'est ni cardiologue, ni psychiatre et qui n'a pas examiné la requérante, se contentant sur la base de ces documents d'indiquer qu'il n'est pas fait état, ni dans le rapport E 213, ni dans le document provenant du dossier de l'Echelon Local du Service Médical de V., d'une angine de poitrine, d'insuffisance cardiaque ou de troubles du rythme, et que le problème d'alcool associé à la dépression n'est pas constitutif d'invalidité, une abstinence absolue et le traitement de la dépression étant exigibles de l'intéressée.

9.3 Il apparaît ainsi que sur le plan psychique, le diagnostic le plus récent au dossier émanant d'un médecin dont il est dit qu'il est psychiatre est celui de dépression récurrente avec un épisode dépressif majeur associé à de l'alcoolisme, posé par le Dr L._____ et rapporté dans un document faisant état d'une hospitalisation pour tentative de suicide du 26 novembre au 13 décembre 2004 (OAIE pce 86). Sur le plan cardiologique, il s'agit du rapport du 28 décembre 2007 du Dr P._____, cardiologue, qui relève la survenance de plus en plus fréquente d'extrasystolie ventriculaire et met en évidence une hypokinésie septo-apicale (OAIE pce 103). Le Tribunal de céans est dès lors d'avis que les éléments au dossier ne sont pas suffisants pour établir clairement les atteintes tant psychiques que somatiques de la requérante au cours de la période déterminante pour le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité suisse.

10.

10.1 Il en va de même s'agissant de la capacité de travail. A cet égard, le Dr S._____, dans ses prises de position des 31 janvier et 14 avril 2011, conclut que l'intéressée peut exercer à plein temps et sans restriction son ancienne activité de secrétaire, de même que toute autre activité n'exigeant pas le port de charges supérieures à 10 kg; il précise qu'il n'existe, du point de vue cardiaque, aucune limitation depuis décembre 2007 au plus tard, et que le problème d'alcool avec dépression secondaire ne relève pas de l'assurance-invalidité. L'autorité inférieure a considéré, sur cette base, que la requérante ne présentait pas d'invalidité et a rejeté sa demande de prestations.

10.2 Le Tribunal de céans ne saurait rallier les conclusions du Dr S._____. Le rapport du service médical de l'OAIE ne constitue pas, en effet, un examen médical sur la personne concernée, mais doit contenir les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ce rapport ne doit pas ainsi poser de nouvelles conclusions médicales mais a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur les conclusions déjà existantes et la situation médicale de la personne concernée, ce qui implique aussi de dire sur quelle pièce médicale il y a lieu de se fonder ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

Or, il appert que mise à part les certificats médicaux d'arrêt de travail qui font d'état d'une incapacité de travail du 25 au 29 juin 2001, du 28 septembre au 14 octobre 2001 et du 5 au 11 novembre 2001, puis du 27 décembre 2001 au 10 mars 2002 (100%), prolongée à 50% jusqu'au 10 avril 2002, puis encore du 1^{er} au 12 mai 2002, du 8 au 23 juin 2002 (100%) et du 24 juin au 31 juillet 2002 (50%), aucun des documents médicaux au dossier ne se prononce sur la capacité de travail de la recourante, ni du point de vue psychiatrique, ni du point de vue somatique, la Dresse Q._____ se contentant, dans le rapport E 213, d'indiquer qu'en vertu de la législation du pays de résidence, soit la France, l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, est totale, sans répondre aux questions 11.1 à 11.6 sur la capacité de l'intéressée dans sa dernière activité lucrative ou dans une activité professionnelle adaptée. Le Dr S._____ a d'ailleurs lui-même relevé cette absence d'informations dans sa prise de position du 31 janvier 2011. Force est par conséquent de constater que pour apprécier la situation de la recourante et rendre ses conclusions, le Dr S._____, qui n'a pas personnellement examiné l'intéressée, s'est fondé sur des documents incomplets, sommaires et anciens pour la plupart (voir supra consid. 9), dont aucun ne s'exprime sur la capacité de travail de l'intéressée.

10.3 S'agissant en particulier de la dépendance à l'alcool, il convient de rappeler que d'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, si la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi, elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique

nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie. La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance.

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. Par ailleurs, l'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2 et les références)

Or, en l'espèce, bien qu'il ressorte du document provenant du dossier de l'Echelon Local du Service Médical de V. qu'aux alentours d'août 2009, une hospitalisation aux urgences de l'hôpital de U. pour ivresse aigue majeure a eu lieu et qu'un arrêt de travail a été prononcé en date du 20 octobre 2009, vraisemblablement prolongé jusqu'au 8 janvier 2010, informations propres à mettre en doute la pertinence de l'avis du Dr S._____, les éléments anamnestiques recueillis ne sont cependant pas suffisants pour déterminer la chronologie et l'étiologie de l'alcoolisme,

ni ses conséquences sur la capacité de travail; en particulier, malgré les troubles psychologiques dont il est fait état dans les pièces produites et les nombreuses hospitalisations liées à des tentatives de suicide avec consommation d'alcool, il n'y a au dossier aucun rapport psychiatrique complet et récent. Il n'est dès lors pas possible d'établir jusqu'à ce jour si la recourante a été et est toujours victime, ou pas, d'une alcoolodépendance constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence, de savoir si elle souffre d'un trouble psychique et de quelle intensité, si l'alcoolisme est secondaire à une pathologie antérieure et, cas échéant, quels sont les effets combinés des deux pathologies.

11.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la nature et l'intensité des atteintes dont souffre la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail résiduelle, durant la période déterminante pour le droit éventuel à une prestation de l'assurance-invalidité. L'autorité inférieure ne pouvait donc se baser sur les pièces médicales au dossier et, en particulier, sur les appréciations de son service médical, pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, et aurait dû procéder à des investigations supplémentaires avant de statuer.

Partant, en application de l'art. 61 al. 1 PA et en accord avec la jurisprudence en la matière (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 9 mai 2011 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé physique et psychique de la recourante, et, le cas échéant, les limitations fonctionnelles qui en découlent et sa capacité de travail résiduelle.

Pour ce faire, l'OAIE s'adressera aux médecins de la recourante afin d'obtenir des rapports complets et précis sur son état de santé et l'évolution de celui-ci, sur les traitements suivis et sur la capacité de travail résiduelle, et ce, à tout le moins dès le 14 juillet 2009, soit une année avant la date à partir de laquelle le droit à la rente peut prendre naissance au plus tôt en l'espèce (art. 29 al. 1 LAI). Si nécessaire, l'OAIE soumettra également la recourante à une expertise pluridisciplinaire auprès de services spécialisés, en particulier à une expertise

psychiatrique qui se prononcera sur la question de la dépendance à l'alcool conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (voir supra consid. 10.3).

Enfin, le cas échéant, l'autorité inférieure établira également, de façon motivée, la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable au cas d'espèce (méthode générale ou mixte). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (art. 28a LAI) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle (art. 27^{bis} RAI; ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3).

12.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante qui a consisté à déposer une demande d'assistance gratuite d'un avocat avec son formulaire et en la rédaction de deux courriers, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'500, à la charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 9 mai 2011 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

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

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire 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 (art. 42 LTF).

Expédition :