



Cour III
C-426/2010

Arrêt du 21 novembre 2011

Composition

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

Parties

X. _____,
représentée par le Syndicat Z. _____,
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

Prestations AI (décision du 23 décembre 2009).

Faits :**A.**

X._____, ressortissante française née le [...] 1948, a travaillé en Suisse en tant que frontalière depuis 1972, en dernier lieu aux services de Y._____ où elle a travaillé pour des activités administratives et de comptabilité d'abord à Bâle et puis depuis à Berne. En incapacité de travail depuis le 10 septembre 2007 en raison des problèmes psychiques, son contrat de travail a été résilié pour fin octobre 2009 (cf. AI pce 4 p. 3, pce 5 pp. 2 à 7 et pce 34 p. 4).

B.

Le 19 mars 2008, X._____ présente une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne (ci-après: OAI-BE; AI pce 1 pp. 1 à 10).

Dans le cadre de l'instruction, sont notamment versés les documents suivants au dossier :

- le rapport médical du 25 janvier 2007 du Dr A._____, médecine générale, qui informe que sa patiente souffre d'un burn out et qu'elle prend régulièrement depuis un an un antidépresseur sérotoninergique et parfois, en cas de besoin, une benzodiazépine le soir (AI pce 9 pp. 6 et 7),
- les rapports médicaux des 11 septembre et 10 décembre 2007, signés du Dr B._____ et le compte-rendu opératoire du 3 décembre 2007 relatifs à la fissuration du ménisque médial et à une arthroscopie du genou gauche (AI pce 9 pp. 3 à 5),
- le rapport médical du 18 février 2008 du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie, qui informe traiter l'intéressée depuis le 17 octobre 2007 pour un état dépressif décompensé à la suite d'un surmenage professionnel. L'assurée présente un syndrome de burn out progressif. Le traitement associant médicalement, antidépresseur sérotoninergique, somnifères et psychothérapie a permis "une relative amélioration mais la capacité de travail ne paraît pas encore suffisante pour une reprise" (AI pce 9 p. 2),
- le questionnaire pour l'employeur du 11 avril 2008 auquel les certificats de salaires pour les années 2005 à 2007 ont été joints (AI pce 6),

- le rapport médical du 21 mai 2008 du Dr C._____ qui diagnostique un état dépressif caractérisé et un syndrome de burn out ainsi qu'une personnalité obsessionnelle. D'après ce psychiatre, aucune activité n'est exigible et la capacité de travail ne sera pas récupérée en raison de l'âge de sa patiente et de la lenteur de l'amélioration. La thérapie consiste en la médication par antidépresseurs (il informe de l'échec du 1^{er} traitement), anxiolytiques et somnifères ainsi qu'en psychothérapie (AI pce 10),
- le rapport médical du 3 août 2008 du Dr C._____ qui estime qu'en raison de la lenteur de l'amélioration, de l'obligation de maintenir un traitement relativement important ainsi que de l'âge de la patiente qui ne paraît plus apte à de nouvelles adaptations, il faut envisager une invalidité totale de manière définitive (AI pce 12 p. 2),
- le rapport d'expertise psychiatrique du 18 février 2009 du Dr D._____, psychiatre et psychothérapeute. L'expert pose le diagnostic d'une évolution dépressive de degré moyen. Il relève que l'assurée n'est pas en mesure de continuer son activité habituelle, plutôt complexe et exigeante d'un point de vue cognitif, et détermine une incapacité de travail de 75%. L'assurée pourrait effectuer un travail simple, sans pression de temps et sans responsabilités, à 50%, la limitation étant justifiée en raison des restrictions cognitives, d'un ralentissement et d'un besoin accru de pauses. Ces incapacités de travail existent depuis octobre 2007 (AI pce 21),
- le rapport médical du 30 mars 2009 du Dr E._____, médecin au service médical régional (SMR) et spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, qui, concluant que le rapport d'expertise du Dr D._____ est compréhensible et convaincant, retient depuis octobre 2007 une incapacité de travail de 75% dans l'ancienne activité professionnelle et de 50% dans une activité adaptée (AI pce 23),
- l'avis médical du 12 août 2009 du Dr E._____ qui maintient sa position et qui explique que l'intéressée présente une maladie objectivable, indépendante des facteurs psychosociaux à l'origine de l'évolution du trouble psychique (AI pce 27).

C.

Par projet de décision du 18 septembre 2009, l'OAI-BE rejette la demande de prestations de X._____ au motif que celle-ci ne souffre pas d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (AI pce 28).

Le 21 octobre 2009, l'intéressée, représentée par le Syndicat Z._____, s'oppose à ce projet de décision, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière sur la base des avis médicaux au dossier (AI pce 34).

D.

Par décision du 23 décembre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) rejette la demande de prestations. Selon l'OAIE, se référant à la position de l'OAI-BE, le Dr D._____ n'a pas pu objectiver le trouble dépressif et d'après lui, l'état dépressif objectivable de l'assurée durant l'examen n'était pas si grave. Il a basé son estimation sur les plaintes de l'assurée et la confirmation de celles-ci par le médecin traitant. Or, d'après l'Office AI, les facteurs socioculturels et psychosociaux sont dans le cas concret au premier plan ce qui justifie une grande retenue en ce qui concerne le point de savoir si l'on est en présence d'un état dépressif invalidant (AI pce 41 p. 6-8).

E.

Le 20 janvier 2010, X._____ recourt contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: Tribunal ou TAF), concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle maintient que d'après tous les rapports médicaux au dossier, il est clairement établi qu'elle souffre d'une évolution dépressive réduisant sa capacité de travail. Elle reproche à l'Office AI ayant pris en considération certains éléments de l'expertise, mais en oubliant d'autres qui faussent gravement l'image de sa situation (TAF pce 1).

Dans sa réponse du 26 mars 2010, l'OAIE, sur la base de l'avis de l'OAI-BE du 23 février 2010, maintient entièrement sa position et propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 3 et annexe).

Par réplique du 19 avril 2010, la recourante réitère ses conclusions (TAF pce 7). Elle verse l'avance de frais de Fr. 300.- dans le délai imparti par le TAF (TAF pces 6 et 9).

Droit :

1.

1.1. Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

Il appartient à l'OAIE de notifier aux frontaliers les décisions de l'assurance-invalidité. Par contre, c'est l'office AI cantonal du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative qui est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité; RAI, 831.201). Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier.

1.2. La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI est applicable (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

1.3. X. _____ a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégée à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4. Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fonds du recours.

2.

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2^e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à

l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006; MOSER/BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., Zurich 1998 n. 677).

3.

La recourante étant de nationalité française, 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), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, est applicable. Sont également déterminants 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), et 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). Par ailleurs, l'art. 80a LAI rend expressément applicables l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72.

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 de l'accord le 1^{er} juin 2002, dans la mesure où la même matière est régie. De même, le règlement (CEE) n° 1408/71 se substitue à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement).

D'après 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. Si 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, la procédure et l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

4.

4.1. Les dispositions de la LPGA sont applicables en matière d'assurance-invalidité si et dans la mesure où la LAI le prévoit (art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

4.2. S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de préciser que les modifications légales de la 5^{ème} révision AI sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215). Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. consid. 2 ci-dessus), le droit à la rente s'examine en l'espèce pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment-là, des nouvelles.

5.

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et

- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement, à compter du 1^{er} janvier 2008, durant trois années au total (nouvel art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008). La durée de cotisation de trois ans est une condition applicable à toutes les rentes d'invalidité renvoyant à un cas dont la survenance est postérieure au 1^{er} janvier 2008 (cf. lettre circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'Office fédéral des assurances sociales. p. 2).

En l'occurrence, X. _____, ayant travaillé en Suisse pendant de nombreuses années (cf. AI pce 5 pp. 2 à 7), remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi suisse.

6.

6.1. 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 4 al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue

durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'assurance-invalidité suisse, la notion d'invalidité est alors de nature économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques liées à une atteinte à la santé sont assurées.

6.2. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité 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 consid. 6). 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). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

Pour la grande majorité des assurés le nouvel art. 28 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, n'apporte pas de modifications essentielles. Le droit à une rente d'invalidité naît lorsque la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'elle présente au terme de cette année toujours une invalidité de 40% au moins.

6.3. La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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 dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2008; art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (cf. l'ALCP en dérogation à l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2008, respectivement à l'art. 29 al. 4 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

6.4. A partir du 1^{er} janvier 2008, 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 la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations (cf. art. 29 al. 1 LAI). L'Office fédérales des assurances sociales (OFAS) a toutefois fixé des règles transitoires d'après lesquelles le nouveau droit n'est pas applicable aux cas où le délai d'attente d'une année (cf. consid. 6.2 ci-dessus) a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 et qui a échoué dans l'année 2008. Dans ces affaires, il suffit que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard. La rente sera alors versée dès que l'année d'attente est achevée (cf. lettre circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'OFAS, p. 1 et 2). L'annonce tardive (art. 48 al. 2 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est réservée.

7.

7.1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), 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 œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). En effet, combien même l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

7.2. Le Tribunal 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, le juge 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). Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un

état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1bet les références; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge tiendra compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'il unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

8.

Dans le cas concret, l'autorité inférieure, conteste que X. _____ souffre d'un problème de santé psychique ayant valeur d'invalidité.

8.1. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a relevé qu'il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a; VSI 2000 p. 155 consid. 3 et arrêt du Tribunal fédéral 8C-730/2008 du 23 mars 2009 consid. 2).

8.2. En l'occurrence, le Tribunal constate en premier lieu que le rapport d'expertise du 18 février 2009 du Dr D._____, psychiatre et psychothérapeute, repose sur un dossier médical complet et l'examen personnel de la recourante effectué le 13 février 2009. Il tient compte des plaintes exprimées par celle-ci, de son anamnèse personnelle et familiale et de sa situation sociale. Le Tribunal de céans note aussi que le Dr D._____ conclut que l'assurée souffre d'une évolution dépressive d'intensité moyenne et qu'elle présente depuis octobre 2007 une incapacité de travail de 75% dans son ancienne activité, n'étant plus en mesure d'effectuer son travail plutôt complexe et exigeant d'un point de vue cognitif. Par contre, dans une activité simple, sans pression de temps et sans responsabilités, sa capacité de travail est de 50% (AI pce 21). Le Dr E._____ de l'Office AI, également psychiatre et psychothérapeute, confirme entièrement les conclusions du Dr D._____ dans ses deux rapports des 30 mars et 12 août 2009 (AI pces 23 et 27). Enfin, le Tribunal observe que le Dr C._____, psychiatre traitant, ainsi que le Dr A._____, médecin de famille, retiennent également un état dépressif (burn out) justifiant une incapacité de travail de la recourante (cf. rapports des 25 janvier 2007 et des 18 février, 21 mai et 3 août 2008; AI pce 9 p. 2, 6 et 7, pce 10 et pce 12 p. 2). Le Dr C._____ note le 3 août 2008 qu'en raison de la lenteur de l'amélioration, de l'obligation de maintenir un traitement relativement lourd (une médication par antidépresseur, anxiolytique et somnifère et une psychothérapie) ainsi que de l'âge de la patiente qui ne paraît plus apte à de nouvelles adaptations, il faut envisager une invalidité totale de manière définitive (AI pce 12 p 2). La position de l'OAI-BE, réfutant la valeur invalidante du problème de santé de l'assurée, va donc à l'encontre de tous les rapports médicaux versés au dossier.

L'administration soutient qu'en l'espèce, les facteurs socioculturels et psychosociaux sont au premier plan et tente de prouver son opinion par un extrait de l'expertise du Dr D._____. Cependant, le spécialiste y expose bien au contraire que ces facteurs, mais aussi les traits obsessionnels de la personnalité de la recourante, *ont été à l'origine* de la spirale négative dans laquelle celle-ci s'engageait dès 2005, menant à une incapacité de travail depuis octobre 2007. L'expert poursuit un peu plus loin – or l'autorité administrative n'en tient pas compte – que l'assurée souffre d'un syndrome dépressif, caractérisé par les problèmes cognitifs, la fatigue, la perte des intérêts, le retrait social etc., persistant au moment de l'examen du 13 février 2009. Le médecin précise que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle subsisterait même si l'assurée ne devait plus parcourir un long trajet de travail (AI pce 21 p. 6).

En outre, le Dr E. _____, confirmant à deux reprises les conclusions du Dr D. _____ (cf. Al pces 23 et 27), explique que le symptôme dépressif réactionnel dont l'assurée souffrait initialement s'est développé depuis 2005 d'une manière indépendante vers un syndrome dépressif distinct dont la valeur invalidante est établie. Il est d'avis que la position de l'OAI-BE n'est pas défendable d'un point de vue médical (Al pce 27). Au vu de ce qui précède et tenant compte de la jurisprudence citée (cf. consid. 8.1 ci-dessus), le Tribunal de céans ne pourra dès lors pas suivre celle-ci.

Le Tribunal ne saurait en outre s'en tenir à l'avis de l'OAI-BE lorsque cette autorité allègue que le Dr D. _____ n'a pas su objectiver les plaintes de la recourante. Sans équivoque, d'une manière très claire et convaincante, cet expert conclut que l'assurée souffre d'un trouble dépressif d'intensité moyenne et qu'elle présente des incapacités de travail (rapport du 18 février 2009, Al pce 12). Les Dr E. _____, C. _____ et A. _____ partagent par ailleurs cette opinion (cf. ci-dessus; rapport du 25 janvier 2007 du Dr A. _____, Al pce 9 pp. 6 et 7; rapports des 18 février, 21 mai et 3 août 2008 du Dr C. _____, Al pce 9 p. 2, pce 10 et pce 12 p.2; rapports du Dr E. _____ des 30 et 12 août 2009, Al pces 23 et 27). L'on ne peut pas déduire le contraire de l'extrait du rapport d'expertise choisi par l'administration. L'expert y mentionne que les traits (obsessionnels) expliquent en partie le status objectivable, où l'expertisée semble *superficiellement* moins dépressive et qu'à *première vue* l'état objectif ne semble pas aussi grave (Al pce 21 p. 5). En exposant dans son rapport les différents éléments, ceux qui militent en faveur du diagnostic d'un trouble dépressif retenu et ceux qui s'y oppose *superficiellement* et à *première vue*, l'expert fait preuve d'un examen circonstancié et ne fait que remplir son mandat tel que défini par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 7.2). Au même titre, le Tribunal de céans ne peut pas non plus reprocher à l'expert – comme le fait l'OAI-BE – d'avoir tenu compte des plaintes de l'assurée et des conclusions de son psychiatre traitant. Il était, de surcroît, obligé de se baser sur celles-ci, ayant été convaincu de leurs véracités après son propre examen ("es besteht kein Anlass, daran zu zweifeln"; cf. Al pce 21 p. 6).

En raison de ce qui précède, le Tribunal de céans retient, se référant notamment à l'expertise du Dr D. _____ mais aussi aux autres avis médicaux du dossier, que la recourante souffre d'une évolution dépressive d'intensité moyenne ayant valeur d'invalidité. Elle présente, d'un point de vue médical, depuis octobre 2007 une incapacité de travail de 75% dans son ancienne activité et de 50% dans une activité simple adaptée, sans pression de temps et sans responsabilités.

9.

Le recours du 20 janvier 2010 doit donc être admis et la décision entreprise annulée. L'affaire est renvoyée à l'OAIE afin de compléter l'instruction en évaluant le taux d'invalidité de la recourante. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance de l'instruction à compléter (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

X. _____ ayant eu en octobre 2008, à savoir au terme du délai d'attente d'une année (cf. consid. 6.2 ci-dessus), 60 ans, l'autorité administrative devra lors de la détermination du revenu d'invalidité prendre en considération la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux assurés proches de l'âge de la retraite suisse. En effet, quand bien même, en principe, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références) et que les facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références citées), il est admis, que lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander, si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure de trouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3). Cela revient à déterminer, dans un cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne assurée, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 1034/3006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3 et I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.4 avec références; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3050/2006 du 23 mars 2009 consid. 10.3.1 et 10.3.2 et C-1091/2007 du 24 novembre 2008 consid. 8.1).

10.

10.1. Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 et 2 PA). Par voie de conséquence, l'avance de frais de Fr. 300.- déjà versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

10.2. L'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant gain de cause une indemnité pour les frais de représentation et les éventuels autres frais de la partie (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 et 8 al. 1 du règlement concernant les frs, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). X._____ ayant été représentée dans la présente procédure par le Syndicat Z._____ (mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat; art. 10 al. 1 FITAF), a alors droit à une indemnité forfaitaire de Fr. 1'000.- vu le travail accompli par son mandataire (recours de 3 pages et annexes, réplique d'une page).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 23 décembre 2009 est annulée.

2.

L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais effectuée par la recourante, d'un montant de Fr. 300.-, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

L'autorité de première instance versera à la recourante une indemnité de Fr. 1'000.-, à titre de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (n° de réf. [...])
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

(indication des voies de droit à la page suivante)

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 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 du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :