



---

Cour III  
C-6151/2013

## Arrêt du 22 février 2018

---

Composition

Viktoria Helfenstein (présidente du collège),  
Michela Bürki Moreni, Michael Peterli, juges,  
Nicole Ricklin, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Suisse)  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger OAIE,**  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité: droit à une rente d'invalidité (décision  
du 9 octobre 2013).

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

A.\_\_\_\_\_, née le (...) 1967, célibataire, ressortissante de nationalité suisse et italienne, ne dispose pas d'une formation professionnelle. Elle a travaillé en Suisse dans diverses activités de bureau de janvier 1985 à mai 1995. Dès juin 1995 elle a été domiciliée en Italie où elle a travaillé quelques années dans la restauration et dans un supermarché. D'octobre 2009 à octobre 2011, l'assurée a été incarcérée en Italie suite à l'usage et au trafic de stupéfiants (pces AI 23 et 32). Elle habite de nouveau en Suisse depuis le 3 mai 2014 (pce TAF 14).

**B.**

Le 13 décembre 2010, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE). Elle a fait valoir qu'elle souffrait d'une maladie depuis des années, à savoir une toxicomanie aux opiacés et benzodiazépines. Elle a joint à sa demande un certificat daté du 2 décembre 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, attestant une polytoxicomanie grave de 1982 jusqu'à son départ pour l'Italie en 1995 et un sevrage des opiacés par une thérapie substitutive à la méthadone de mars 1995 à mai 1995 (pces AI 1 à 10).

**C.**

Selon le rapport du service de toxicodépendance de (...) en Italie reçu le 13 mars 2012 par l'OAIE, l'assurée y a été traitée de 1997 à octobre 2011, elle prend des antidépresseurs et sa maladie est en rémission (pce AI 35). Dans son rapport du 26 septembre 2012, la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, mentionne un trouble dépressif majeur chronique chez un sujet avec polytoxicomanie. Elle indique que l'assurée est démotivée, sans espoir et éprouve un sentiment de culpabilité et de honte envers sa famille (pce AI 55 page 4). Selon le rapport E 213 rempli le 28 septembre 2012 par le Dr D.\_\_\_\_\_, dont la spécialité médicale est inconnue (timbre illisible), l'assurée n'a pas souffert d'idées paranoïdes, d'hallucinations ou de comportements ayant une valeur psychotique dans les six derniers mois. Ce médecin indique qu'elle était sous antidépresseurs, mais ne devait pas être surveillée constamment. Selon lui, l'assurée présente une pleine capacité de travail dans une activité légère comme secrétaire travaillant à l'ordinateur. Il précise que l'état de santé pourrait s'améliorer en suivant un programme de réhabilitation (pce AI 54). Dans son rapport du 5 octobre 2012, le Dr E.\_\_\_\_\_, qui est directeur médical du département de la dé-

pendance de (...), mais dont la spécialisation médicale est inconnue, indique que l'assurée a fait une plus grande consommation de substances psychoactives (principalement opiacés) à partir de juillet 2012, ce qui a eu pour conséquence une dégradation de son état psychophysique en général, et qu'elle est actuellement en cure de désintoxication (pce AI 55 page 2). Selon le rapport du 23 octobre 2012 du Dr F.\_\_\_\_\_, psychologue, du département de dépendance de (...), l'assurée présente les diagnostics suivants: trouble de dépendance à des substances psychoactives actuellement en rémission et infection chronique HCV (pce AI 57). Dans son rapport du 5 novembre 2012, la Dresse G.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui a examiné l'assurée le 30 octobre 2012, constate principalement que l'assurée est actuellement sous antidépresseurs et que le tableau psychopathologique actuel avec polarité dépressive et baisse de thymie modérée paraît correspondre à la situation de vie et à l'histoire de dépendance aux stupéfiants dont l'usage chronique prédispose à un trouble d'humeur induit par ces substances (pce AI 58). Selon le rapport E 213 rempli le 6 novembre 2012 par le Dr H.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation médicale n'est pas connue, l'assurée est actuellement sous méthadone et l'état réactif anxio-dépressif est traité par antidépresseurs et anxiolytiques. Malgré les plaintes d'une fatigue physique et psychique et d'une baisse d'humeur, ce médecin note que l'état de santé s'est amélioré depuis le dernier examen et qu'une activité lucrative légère est exigible à plein temps pour autant que le rythme de travail ne soit pas particulièrement stressant (pce AI 70).

#### **D.**

Dans sa prise de position du 12 décembre 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'OAIE, a indiqué comme diagnostic principal un trouble dépressif chronique (après dépendance à des substances psychoactives et traitement dans une communauté thérapeutique). Il a relevé que l'insuffisance pondérale avait une répercussion sur la capacité de travail, alors que l'hépatite C chronique n'en avait pas. Suite à l'épuisement des ressources psychiques de l'assurée, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 80% dès le 29 octobre 2010 (début de l'essai des services sociaux) et a considéré que l'avis d'un collègue psychiatre s'imposait (pce AI 72).

#### **E.**

Dans sa prise de position du 24 février 2013, le Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre de l'OAIE, a relevé que l'assurée présentait une polytoxicomanie (opiacés, cocaïne, cannabis, benzodiazépines) depuis l'âge de treize ans et qu'elle avait dû être prise en charge à de très nombreuses reprises dans des centres spécialisés pour des cures de désintoxication, ce qui n'était pas

compatible avec une activité professionnelle. Ce médecin a encore précisé que le cas ne présentait pas de comorbidité psychiatrique, mais posait le problème de l'employabilité (pce AI 80). A la demande du Dr I. \_\_\_\_\_, le cas a été soumis au rapport des médecins de l'OAIE afin d'avoir l'avis des divers spécialistes médicaux. Le procès-verbal du rapport des médecins de l'OAIE du 4 avril 2013 indique que les participants ont constaté que la dépendance aux stupéfiants à elle seule ne justifiait pas une incapacité de travail, faute de comorbidité psychiatrique, et que la demande de prestations devait être rejetée (pces AI 82 et 91).

#### **F.**

Par projet de décision du 9 avril 2013, l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations au motif qu'une toxicomanie sévère, chronique et de longue date ne justifiait pas à elle seule une incapacité de travail (pce AI 83). Le 16 avril 2013, l'assurée a fait opposition au dit projet de décision et demandé que l'OAIE lui envoie le dossier (pce AI 85). L'assurée n'a cependant ni réclamé auprès de l'office postal le dossier envoyé par courrier recommandé ni présenté d'autres observations (pce AI 94). Par décision du 9 octobre 2013, l'OAIE a rejeté la demande de prestations conformément au projet de décision du 9 avril 2013 (pce AI 96).

#### **G.**

Le 30 octobre 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral. Elle a argué qu'elle ne souffrait pas seulement de toxicomanie, mais présentait également un état dépressif et avait déjà fait des tentatives de suicide (pce TAF 1).

#### **H.**

Par décision incidente du 8 novembre 2013 (pce TAF 3), le Tribunal administratif fédéral a imparti à l'assurée un délai jusqu'au 6 décembre 2013 pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de CHF 400.- sur les frais de procédure présumés. Le 23 novembre 2013, l'assurée s'est acquittée dudit montant (pce TAF 5).

#### **I.**

Dans sa réponse du 23 janvier 2014 (pce TAF 7), l'OAIE a constaté que la recourante n'apportait aucun élément probant susceptible de mettre en cause l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_ du 24 février 2013. Il a relevé que la dépendance ne constituait pas en soi une invalidité, que son service médical avait noté l'absence de comorbidité psychiatrique et que le recours devait donc être rejeté.

**J.**

Dans sa réplique du 26 mars 2014 (pce TAF 10), l'assurée a réitéré ses précédents arguments s'agissant de sa polytoxicomanie, et de l'existence d'une comorbidité psychiatrique. A l'appui de ceux-ci, elle a à nouveau produit le même certificat médical daté du 2 décembre 2010 du Dr B. \_\_\_\_\_ qu'elle avait déjà joint à sa demande de prestations du 13 décembre 2010. Enfin, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**K.**

Dans sa duplique du 16 mai 2014 (pce TAF 13), l'OAIE a maintenu ses conclusions et renvoyé pour le surplus à sa réponse du 23 janvier 2014.

**L.**

Par courrier du 21 mai 2014, l'OAIE a informé le Tribunal administratif fédéral que l'assurée était domiciliée en Suisse depuis le 3 mai 2014 (pce TAF 14).

**Droit :****1.**

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

**1.2** 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 autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la

LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70 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** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais effectuée, le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière.

## **2.**

L'objet du litige dans la présente procédure est l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2011, soit six mois à compter de la demande de prestations du 13 décembre 2010 (art. 29 al. 1 LAI). Alors que la recourante argue dans son recours et dans sa réplique ne pas être en état d'exercer une activité lucrative quelle qu'elle soit en raison de sa polytoxicomanie et d'un état dépressif, l'OAIE estime quant à lui que les conditions pour l'octroi d'une rente ne sont pas remplies car la toxicomanie ne justifie pas à elle seule une incapacité de travail et qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique.

## **3.**

**3.1** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445, voir aussi l'arrêt du TF 8C\_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

**3.2** Dans le cas concret, vu la polytoxicomanie chronique et de longue durée de la recourante ainsi que la dépression apparue plusieurs années après, la demande du 13 décembre 2010, la date de la naissance de l'éventuel droit à une rente, soit le 1<sup>er</sup> juin 2011, et la date de la décision attaquée, les dispositions dans leur teneur au 1<sup>er</sup> juin 2010 et les modifica-

tions jusqu'au 9 octobre 2013 sont déterminantes. Les modifications consécutives à la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, trouvent également application en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancienne jurisprudence quant à l'évaluation de l'invalidité due à une toxicomanie et une éventuelle comorbidité psychiatrique comme en l'espèce.

#### 4.

Selon les normes applicables, 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; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n°883/2004).

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans. Elle remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations, eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

#### 5.

**5.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 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** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. Le délai d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

**5.3** Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

## **6.**

**6.1** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2).

**6.2** L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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.

**6.3** L'office de l'assurance-invalidité, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (ci-après : SMR ; art. 59 al. 2 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'office de l'assurance-invalidité un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA et ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Quant aux rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, ils ne sont pas non plus des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêts du TF 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010 consid. 3.2.1 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées [passage non publié in : ATF 135 V 254]).

**6.4** 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 ATF 137 V 64 consid. 2).

## **7.**

**7.1** L'objet du litige dans la présente procédure est l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2011, soit six mois à compter de la demande de prestations du 13 décembre 2010 (art. 29 al. 1 LAI). Alors que la recourante argue dans son recours et dans sa réplique ne pas être en

état d'exercer une activité lucrative quelle qu'elle soit en raison de sa polytoxicomanie et d'un état dépressif, l'OAIE estime quant à lui que les conditions pour l'octroi d'une rente ne sont pas remplies car la toxicomanie ne justifie pas à elle seule une incapacité de travail et qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique.

**7.2** Depuis son arrêt de principe du 21 mars 1973 (ATF 99 V 28), le Tribunal fédéral a confirmé plusieurs fois sa jurisprudence selon laquelle la toxicomanie ne constitue pas, en soi, une invalidité au sens de la loi (ATF 124 V 265 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2, 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2, 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2, 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3, 9C\_856/2012 du 19 août 2013 consid. 2.1, 8C\_582/2015 du 8 octobre 2015 consid. 2.2.1). En revanche, la toxicomanie peut jouer un rôle dans l'assurance-invalidité dans les deux cas suivants: Dans le premier cas, la toxicomanie provoque une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain. Une toxicomanie primaire est d'abord présente sans autre atteinte à la santé et la maladie due à la toxicomanie n'apparaît que plus tard. Le second cas, où la dépendance aux stupéfiants peut jouer un rôle dans l'assurance-invalidité, est celui où la toxicomanie résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie. Dans ce second cas, il s'agit d'une toxicomanie secondaire. Dans un arrêt I 64/02 du 30 janvier 2003, le Tribunal fédéral a considéré, dans un cas où l'assuré présentait, depuis l'enfance, de grandes difficultés psychologiques de nature anxieuse et phobique, probablement liées à un climat familial perturbé (consid. 5.3), qu'il fallait renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il détermine les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain du recourant. Le Tribunal fédéral a donc considéré qu'il pouvait s'agir du second cas où la dépendance résulte d'une atteinte préalable. Dans un arrêt 9C\_72/2012, le Tribunal fédéral a, par contre, estimé que la polytoxicomanie développée sur un terrain psychologique fragile était une toxicomanie primaire et non secondaire parce qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique (consid. 5.3.2). Dans un arrêt 9C\_856/2012 du 19 août 2013, le Tribunal fédéral a jugé que le trouble dépressif récurrent présent n'était qu'une conséquence de la dépendance et que la toxicomanie n'avait donc pas de caractère invalidisant (consid. 3.2.1). Il s'agit d'une constellation concernant le premier cas où la toxicomanie primaire cause ou renforce d'autres limitations qui ne seraient pas apparues sans toxicomanie et qu'il ne faut donc pas retenir (consid. 3.2.3). Dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a estimé que le recourant présentait pour l'essentiel des limitations qui étaient liées à la dépendance et que

celles-ci n'étaient pas en relation avec une atteinte à la santé assurée (consid. 3.3).

**7.3** Vu la nature finale de l'assurance invalidité où ce n'est pas un élément comme la maladie ou un accident qui est assuré, mais l'invalidité en elle-même (ATF 120 V 95), il n'est pas décisif de savoir, si la toxicomanie résulte d'une atteinte à la santé physique ou psychique ou s'il n'y a pas de lien de causalité entre la toxicomanie et l'atteinte à la santé assurée. Dans les deux cas, les seules conséquences de la dépendance ne sont pas déterminantes du point de vue de l'AI, dans la mesure où elles restreignent à elles seules la capacité de travail. Elles sont par contre déterminantes, dans la mesure où elles ont un lien étroit avec une autre atteinte à la santé. Ça peut être le cas quand la dépendance – à l'instar d'un symptôme – constitue une partie de l'atteinte à la santé (ATF 99 V 28 consid. 3b page 30); ce n'est toutefois le cas que si ce ne sont pas seulement les conséquences immédiates de la consommation de stupéfiants, mais dans une large mesure aussi le tableau psychiatrique lui-même qui conduisent à une incapacité de travail. Cependant, les seules conséquences de la dépendance peuvent conduire à une invalidité si on est en présence d'un trouble psychique qui maintient la toxicomanie ou renforce ses conséquences de manière déterminante (arrêt du TF 8C\_582/2015 du 8 octobre 2015 consid. 2.2.2).

**7.4** Dans un arrêt du 5 octobre 2001, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'y avait pas d'atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome et donc qu'on ne pouvait pas parler d'invalidité si on était pour l'essentiel en présence d'éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a). D'un autre côté, des conséquences découlant uniquement de la toxicomanie peuvent conduire à une invalidité si elles sont accompagnées d'un trouble psychique qui entretient ou renforce la dépendance aux stupéfiants de manière significative. A l'inverse, les répercussions de la toxicomanie (indépendamment de son origine) peuvent, comme d'autres facteurs psychosociaux, contribuer directement à l'invalidité si et dans la mesure où ils influencent l'intensité des suites d'une atteinte à la santé (arrêts 8C\_580/2014 du 11 mars 2015 consid. 2.2.2; 9C\_856/2012 du 19 août 2013 consid. 2.2.2 et les références citées).

**7.5** Dans le cas présent, il s'agit donc d'examiner si les atteintes psychiques ont une importance et une intensité telles qu'elles permettent de considérer que les conditions pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité dans un cas de toxicomanie sont remplies selon la jurisprudence

du Tribunal fédéral (voir aussi la récente précision de jurisprudence concernant l'application d'une grille d'évaluation normative et structurée à toutes les atteintes psychiques ; arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017 8C\_841/2016 et 8C\_130/2017).

## **8.**

Les pièces du dossier, pour autant qu'elles se prononcent sur les atteintes psychiques et les conditions susmentionnées, sont contradictoires et vagues sur ce point.

**8.1** Selon les pièces médicales versées au dossier, l'assurée présente un problème de polytoxicomanie depuis l'âge de 15 ans (selon le Dr B. \_\_\_\_\_ qui a traité l'assurée entre novembre 1982 et mai 1995, pces AI 4 et 52, et selon le rapport de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 5 novembre 2012, pce AI 58), voire même de 13 ans (selon le rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2012, pce AI 55 p. 3, et selon la prise de position du Dr I. \_\_\_\_\_ du 24 février 2013, pce AI 72). Bien que ce trouble de dépendance soit en rémission grâce à une thérapie (pce AI 57 p. 1), l'assurée présente encore d'autres problèmes psychiques.

**8.2** Les rapports spécialisés de deux psychiatres italiennes (Dresse C. \_\_\_\_\_ et Dresse G. \_\_\_\_\_) figurants au dossier contiennent des indications concernant le statut psychique de la recourante. La Dresse G. \_\_\_\_\_ mentionne que, lors de l'examen du 30 octobre 2012, la recourante était lucide, avait le sens de l'orientation et était prêt à collaborer, qu'elle ne présentait pas d'altérations de forme ou de contenu de la pensée ni de troubles de la perception sensorielle. Selon la Dresse G. \_\_\_\_\_, l'humeur apparaît orientée à la polarité dépressive, il n'y a aucune anxiété pathologique, la recourante n'a pas d'anomalies comportementales, mais elle présente un certain ralentissement idéo-moteur, il y a de plus une importante insomnie résistante aux traitements. Selon cette psychiatre, le tableau psychopathologique actuel est une baisse de moral modérée correspondant à la situation de vie de l'assurée avec une longue histoire de dépendance (pce AI 58). La Dresse G. \_\_\_\_\_ précise que l'usage chronique de stupéfiants prédispose au développement d'un trouble de l'humeur induit par ces substances (pce AI 58).

La Dresse C. \_\_\_\_\_, quant à elle, mentionne que la recourante se plaint d'avoir beaucoup de peine à mener sa vie en particulier ces derniers temps où elle se sent démotivée, sans espoir et éprouve un sentiment de culpabilité et de honte, en particulier envers sa famille, pour les conséquences également visibles de la toxicomanie comme les cicatrices sur les bras. La

Dresse C. \_\_\_\_\_ indique que l'assurée ne semble pas avoir de capacité de projection et d'autodétermination et est prête à se faire guidée. Elle pose le diagnostic de trouble dépressif majeur chez un sujet avec polytoxicomanie (pce AI 55 page 4).

Ces deux médecins ne se prononcent pas explicitement sur la question de savoir, si la polytoxicomanie a provoqué un dégât à la santé physique ou mentale qui atteindrait l'intensité d'une invalidité au sens de la loi et donc limiterait la capacité de gain de la recourante de manière définitive ou pour une période durable.

**8.3** Une dépression ou un trouble dépressif sont mentionnés dans plusieurs rapports médicaux : Dans le rapport médical du 26 septembre 2012 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ (« disturbo depressivo maggiore cronico », pce AI 55 p. 4), le rapport E 213 rempli le 28 novembre 2012 par le Dr D. \_\_\_\_\_ (« depressione », pce AI 54 p. 7) et le rapport E 213 du Dr H. \_\_\_\_\_ rempli le 6 novembre 2012 (« depressione nevrotica », pce AI 70 p. 7). De plus aussi bien le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport E 213 rempli le 6 novembre 2012 (pce AI 70 p. 7) que la Dresse C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 septembre 2012 (AI pce 55 p. 3) relèvent que l'état réactif anxio-dépressif est traité par antidépresseurs et anxiolytiques.

**8.4** Contrairement à l'avis de l'OAIE, on ne peut pas partir du principe que la recourante présente exclusivement un trouble de dépendance et exclure d'emblée toute autre atteinte à la santé. Concernant l'état psychique, les rapports médicaux du SMR sont contradictoires : Dans sa prise de position du 24 février 2013, le Dr I. \_\_\_\_\_ relève que la recourante présente une thymie déprimée, une anxiété et une labilité émotionnelle, mais il précise que le statut psychique est sans grande particularité et qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique (pce AI 80). Le Dr J. \_\_\_\_\_, par contre, atteste un « disturbo depressivo cronico » et une capacité de travail de 80% à cause de l'épuisement des ressources psychiques (pce AI 72). Il faut noter enfin que la recourante n'a pas été examinée personnellement par les médecins du SMR, ce qui aurait dû être en principe le cas en l'occurrence, vu les doutes concernant les troubles psychiatriques (arrêt du Tribunal fédéral du 9C-410/2016, consid. 2.2.1).

En l'état actuel, le dossier ne permet pas de répondre aux questions posées sous chiffre 7.5, à savoir si les atteintes psychiques ont une importance et une intensité telles qu'elles permettent de considérer que les conditions pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sont remplies.

Le dossier est en effet incomplet et les avis médicaux sont en partie contradictoires.

## **9.**

**9.1** La recourante demande la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd., 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a).

**9.2** Le Tribunal administratif fédéral constate que le dossier, dans son état actuel, ne permet pas de déterminer si la polytoxicomanie a provoqué un dégât à la santé physique ou mentale qui attendrait l'intensité d'une invalidité au sens de la loi et donc limiterait la capacité de gain de la recourante de manière définitive ou pour une période durable respectivement si on est confronté au diagnostic indépendant de maladie psychiatrique. Une expertise polydisciplinaire comprenant au moins un volet psychiatrique et un volet de médecine interne s'impose. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'autorité inférieure reste possible lorsqu'une expertise concernant une question encore totalement non éclaircie jusqu'alors s'impose ou lorsqu'il s'agit d'éclaircir, préciser ou compléter un point de l'expertise ordonnée par l'administration (ATF 137 V 210 consid. 4.4).

**9.3** En l'occurrence, la question de savoir si la polytoxicomanie a provoqué un dégât à la santé physique ou mentale qui attendrait l'intensité d'une invalidité au sens de la loi ou si on est confronté au diagnostic indépendant de maladie psychiatrique n'a pas encore été éclaircie, les pièces figurant

au dossier étant contradictoires à ce sujet. Il convient donc de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure afin qu'elle procède à la mise en œuvre d'une expertise ainsi qu'à toute autre mesure propre à déterminer si et dans quelle mesure la recourante présente une invalidité. Partant il y a lieu d'admettre partiellement le recours et d'annuler la décision de l'autorité inférieure du 9 octobre 2013.

## **10.**

**10.1** Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Partant, il n'y a en l'occurrence pas lieu de percevoir de frais de procédure (cf. art. 69 al. 2 LAI et art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 400.- versée par la recourante lui sera en conséquence restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, à charge pour cette dernière de communiquer un numéro de compte bancaire au moyen duquel le remboursement puisse intervenir.

**10.2** Vu l'issue de la cause, la recourante aurait en principe droit à une indemnité de dépens Selon l'art. 7 al. 4 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2], si les frais sont relativement peu élevés, le tribunal peut renoncer à allouer des dépens. La recourante, qui est représentée par son père, ne faisant pas valoir de frais, le Tribunal renonce à allouer des dépens.

(dispositif à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est partiellement admis, la décision du 9 octobre 2013 est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 400.- déjà versée par la recourante lui sera restituée, une fois le présent arrêt entré en force.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Viktoria Helfenstein

Nicole Ricklin

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions décrites aux art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF 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 (art. 42 LTF).

Expédition :