



Cour III
C-675/2007

{T 0/2}

Arrêt du 3 novembre 2008

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège), Michael Peterli,
Stefan Mesmer, juges,
Margit Martin, greffière.

Parties

F._____, _____, ES-_____,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, décision du 14 décembre 2006.

Faits :**A.**

La ressortissante espagnole F._____, née en 1954, mariée, a séjourné et travaillé en Suisse de 1972 à 1975 et s'est acquittée durant cette période de cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI, pce 27). Dans son pays d'origine, elle a enregistré des périodes d'affiliation à l'assurance sociale entre 1992 et 2005 durant 2049 jours au total (pce 3). En date du 20 septembre 2005, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (E 204) auprès de la direction provinciale de la sécurité sociale espagnole (INSS à O._____), laquelle fut transmise à la Caisse suisse de compensation le 27 décembre suivant (pce 1).

B.

Dans le cadre de la procédure d'examen de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a notamment versé au dossier les pièces suivantes:

- un questionnaire rempli le 8 mars 2006 par l'assurée qui déclare avoir travaillé à plein temps, à savoir 9 heures par jour et 45 heures par semaine, auprès de la société G._____ S.A., à V._____, ainsi qu'en qualité d'auxiliaire auprès d'un complexe hôtelier d'août 1992 jusqu'à la fin de son contrat, en juillet 2005 (pce 9),
- un questionnaire du 8 mars 2006 pour les assuré(e)s travaillant dans le ménage duquel il appert que le ménage de l'assurée est composé de trois adultes dont sa propre mère qui requiert des soins; elle affirme accomplir certaines tâches ménagères, telles la préparation des repas, le nettoyage et le repassage avec difficulté et avoir besoin de l'aide d'autres membres de la famille pour faire les courses ainsi que pour tous les travaux demandant de la force physique (pce 11),
- un questionnaire pour l'employeur, daté du 4 mars 2006, duquel il résulte que l'assurée a travaillé comme auxiliaire pendant 4 heures par semaine depuis septembre 1999 jusqu'au 26 septembre 2005 auprès d'un complexe hôtelier; l'activité est décrite comme moyennement lourde par l'ancien employeur qui indique également que l'assurée n'a jamais manqué pour des motifs de santé et n'a

donc pas eu besoin qu'un travail plus facile lui soit attribué; le salaire mensuel perçu s'élevait à 78 euros (pce 12),

- un second questionnaire pour l'employeur, rempli le 7 mars 2006 par la société G._____ S.A., duquel il appert que l'assurée y a travaillé du 18 octobre 2004 jusqu'au 17 avril 2005 en qualité de coupeuse, qu'elle a effectué son activité qui consistait à introduire des pièces d'ardoise dans une machine à temps complet, soit 8 heures par jour et 40 heures par semaine, et qu'elle a réalisé un salaire mensuel de près de 1'140 euros; l'activité est décrite comme étant moyennement lourde et, selon les indications contenues dans le questionnaire, l'assurée n'a pas eu besoin d'allègements au travail et n'a pas enregistré d'absences pour des motifs de santé (pce 13),

- un rapport médical détaillé (E 213), établi le 21 octobre 2005 par le Dr C._____, médecin inspecteur de la sécurité sociale espagnole, selon lequel l'assurée présente une dysthymie et un trouble d'anxiété paroxystique; l'examen clinique a révélé un état de santé normal sur les plans cardiovasculaire, respiratoire, des organes de l'abdomen et de l'appareil locomoteur; la capacité de travail serait limitée pour des activités à grandes responsabilités, mais entière pour une activité moyenne autorisant des postures variables et des efforts modérés, telle la dernière activité exercée; tant à un poste de travail qu'à domicile, la capacité de travail sans l'aide de tiers est réputée intacte et pourrait encore être améliorée par des mesures sanitaires et professionnelles; un degré d'invalidité de 20 à 30% pourrait être retenu dans toutes les activités correspondant à ses aptitudes; une nouvelle évaluation est recommandée dans 4 ans (pce 14).

Dans sa prise de position du 28 juillet 2006, le service médical de l'OAIE (Dr H._____) retient que l'assurée a cessé son activité professionnelle au terme du contrat de travail, qu'elle est sous tranquillisants et s'occupe de sa mère à la maison. Il constate l'absence de rapport psychiatrique, d'hospitalisation ou de mention d'un suivi psychiatrique dans le passé et admet, en raison d'une légère diminution sur le plan psychique, une incapacité de travail de 25% dans l'activité habituelle dès le 21 octobre 2005. Lors de la prochaine révision, l'établissement d'un rapport psychiatrique complet est souhaité (pce 17). Se fondant sur cette appréciation, l'OAIE, par

projet de décision du 3 août 2006, a informé l'assurée qu'il n'y avait pas une incapacité permanente de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens des dispositions légales applicables et que la demande de prestations de l'assurance-invalidité devait par conséquent être rejetée (pce 18). Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée réfute les conclusions de l'OAIE, alléguant présenter une incapacité de travail supérieure à 60% en raison d'un trouble dysthymique chronique d'apparition tardive, de crises de panique et d'un trouble d'anxiété paroxystique épisodique. A l'appui de ses arguments, elle produit un rapport clinique établi le 22 juillet 2005 par la Dresse A._____, psychiatre, laquelle décrit une affection récurrente d'intensité modérée et fluctuante depuis plusieurs années, un certificat médical manuscrit, établi le 7 septembre 2005 par le Dr P._____, Centre de santé O._____, selon lequel le diagnostic a été posé au service psychiatrique de l'hôpital de V._____, ainsi qu'un rapport médical du 12 septembre 2005, établi par le Dr B._____, spécialiste en neurologie et psychiatrie, à O._____, lequel conclut à une incapacité de travail permanente dans la dernière activité (pce 19).

Invité à communiquer ses conclusions suite à la réponse à l'audition, le médecin du service médical de l'OAIE, dans son exposé du 3 novembre 2006, considère que l'état dépressif décrit n'atteint pas un niveau de gravité relevant et ne motive pas d'incapacité de travail significative. L'unique limitation résiderait dans les crises d'angoisse, lesquelles sont toutefois accessibles à une psychothérapie et un traitement médicamenteux adéquat et ne justifient pas une incapacité permanente. De l'avis du service médical, une adaptation de la posologie des médicaments prescrits s'impose. Par ailleurs, l'appréciation précédente est confirmée (pces 21, 22). Suite à un second projet de décision du 7 novembre 2006, l'assurée, par lettre du 30 novembre 2006, maintient sa requête tendant à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de plus de 60% et fait valoir être suivie depuis août 2004 par la Dresse A._____. Elle allègue en particulier que la pathologie diagnostiquée est la cause d'un manque d'énergie et de motivation, d'une apathie et d'un ralentissement général, assortie d'une importante perte de l'attention, et l'empêche d'accéder à un poste de travail quelconque. Elle affirme vouloir se soumettre à toute expertise médicale ordonnée par l'autorité de recours (pce 23, 24).

Par décision du 14 décembre 2006, l'OAIE, se fondant sur l'évaluation de son service médical, rejette la demande de prestations présentée par l'assurée, motif pris que l'accomplissement des travaux habituels est toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce 26).

C.

Par acte du 8 janvier 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision réitérant sa requête formulée en procédure d'audition, soit l'octroi d'une rente d'invalidité pour un degré d'incapacité de travail d'au moins 60%.

D.

Invité à prendre position sur le recours et à produire le dossier complet de la cause, l'OAIE, dans sa réponse du 10 mai 2007, propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée au motif que la recourante, avec son recours, ne fait valoir aucun argument pertinent ni ne présente de documents permettant à l'Office de revenir sur sa position.

E.

Par ordonnance du 22 mai 2007, l'autorité de céans a transmis un exemplaire de la réponse de l'autorité inférieure à la recourante et lui a fixé un délai pour produire ses observations, précisant que sans réponse dans ce délai, l'échange d'écritures sera considéré comme clos. Elle a en outre fixé l'avance à verser sur les frais de procédure à Fr. 400.-.

L'avance de frais a été effectuée dans le délai imparti sur le compte du Tribunal.

F.

Par lettre du 13 juillet 2007, l'assurée a formé recours contre l'ordonnance du 22 mai 2007 auprès du Tribunal fédéral à Lucerne, demandant, avant toute nouvelle décision, à être convoquée pour une expertise médicale propre à confirmer les conclusions des spécialistes dont les rapports ont déjà été produits, et concluant implicitement au versement de prestations de l'assurance-invalidité.

Par arrêt du 27 juillet 2007, la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a déclaré le recours irrecevable au motif que la motivation du recours apparaît manifestement insuffisante.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

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

1.3 La recourante a pris part à la procédure devant l'autorité inférieure; elle est spécialement atteinte par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 al. 1 PA, cf. art. 59 LPGA). Elle est, partant, légitimée à recourir. Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), il est entré en matière sur le fond du recours.

2.

2.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement.

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATFA cause I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

2.2 La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont donc pas applicables, alors que la procédure est soumise aux normes en vigueur au moment de l'examen du recours.

3.

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004 la présente procédure, quant au droit matériel, est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

La recourante a présenté sa demande le 20 septembre 2005. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI (dans sa teneur du 6 octobre 2000, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prévoit que si un assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la

naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si et dans quelle mesure la recourante avait droit à une rente le 20 septembre 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 14 décembre 2006, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b). En conséquence, les dispositions relatives à la 5^{ème} révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération. Les dispositions de la LAI et de son ordonnance d'exécution seront donc citées dans la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

4.

Selon les normes en vigueur durant la période soumise à l'examen de l'autorité de céans, 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 al. 1 LPGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI),
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si et dans quelle mesure elle est invalide.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; THOMAS LOCHER, Die Schadenminderungspflicht im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, in Mélanges pour le 75^e anniversaire du TFA, pp 407 et ss., cf. aussi ALFRED MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II p. 377, ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, th. Berne 1985, p. 131). Ce même principe s'applique également aux assurés travaillant dans le ménage (ATF 123 V 233 consid. 3c et les références) lesquels veilleront à atténuer les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail par une organisation rationnelle et adéquate des tâches, ainsi que le recours exigible à l'aide des membres de la famille (ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222 f.; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 685/02 du 28 février 2003, consid. 3.2).

5.2 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'ALCP, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable lorsque l'assuré est citoyen suisse ou ressortissant de l'UE et réside dans un Etat membre dans le sens de l'ALCP (ATF 130 V 253 consid. 3.1).

5.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique et non la maladie en tant que telle. 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, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). A cet endroit, il convient de rappeler qu'en vertu de l'art. 28 al. 2^{ter} LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28 al. 2^{bis} pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (méthode mixte). Ainsi faut-il évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (arrêt du Tribunal fédéral I 151/06 du 29 juin 2007, ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références). La jurisprudence rendue sur l'application de la méthode mixte n'est pas modifiée avec l'entrée en vigueur de la LPGA.

5.4 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, 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; voir ATF 121 V 265 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état

de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 22 consid. 2; 99 V 99; 96 V 44).

Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2016 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.

6.1 Selon les indications contenues dans le formulaire E 204, l'assurée a cessé sa dernière activité professionnelle salariée le 24 octobre 2005. L'intéressée elle-même affirme avoir travaillé à plein temps depuis août 1992 jusqu'au terme de son contrat en juillet 2005 auprès de la société G. _____ ainsi qu'en qualité d'auxiliaire auprès d'un complexe hôtelier à V. _____. Elle déclare en outre être inscrite au chômage depuis le 17 septembre 2005. Les questionnaires remplis par les anciens employeurs indiquent pour la société G. _____ une période d'activité à temps complet (40 heures par semaine) du 18 octobre 2004 (10 octobre 2000, selon l'assurée) au 17 avril 2005 (fin du contrat) et pour l'activité d'auxiliaire une période à temps partiel (4 heures par semaine) de septembre 1999 au 26 septembre 2005 (terme du contrat). Bien que l'assurée affirme avoir été hospitalisée de manière répétée pour de courtes durées en raison de troubles d'anxiété paroxystiques et avoir été suivie sur le plan psychiatrique d'août 2004 à septembre 2005, les derniers employeurs ne font état d'aucune limitation ou absence pour des motifs de santé. La recourante toutefois fait valoir des limitations dans l'accomplissement de certaines tâches ménagères. Dans ces circonstances et attendu que le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés d'un assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c), c'est sur la base de la documentation médicale au dossier qu'il convient de déterminer dans quelle mesure la recourante subit une diminution de sa capacité de travail dans une activité salariée ainsi que dans l'accomplissement des travaux domestiques depuis le 24 octobre 2005, voire le 17 avril ou 26 septembre 2005.

6.2

Il est établi que la recourante présente notamment une dysthymie

chronique d'apparition tardive avec épisodes d'anxiété paroxystiques et crises de panique. L'assurée elle-même s'est plainte, lors de l'examen clinique effectué par le médecin inspecteur de la sécurité sociale espagnole, souffrir depuis de nombreuses années de baisse de l'humeur, labilité émotionnelle, isolement social, anxiété, palpitations, sensation de manquer d'air et fatigue générale, sans déficit cognitif toutefois. A défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; le caractère labile, c'est-à-dire susceptible d'évoluer vers une amélioration ou une aggravation, de cette atteinte ne faisant pas de doute, seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination d'un droit à la rente.

6.3 Quant à l'influence de la pathologie décrite sur la capacité de travail de la recourante, les avis des médecins qui se sont prononcés à ce sujet, retiennent de manière concordante une capacité de travail résiduelle importante dans toute activité adaptée. On notera en particulier que le Dr C._____, médecin inspecteur de la sécurité sociale espagnole, dans son rapport du 21 octobre 2005, estime que la capacité de travail était entière pour des activités moyennes, avec alternance des postures et des efforts modérés. Retenant explicitement une capacité de travail intacte tant pour un emploi rémunéré qu'à domicile, il n'admet – en raison des troubles présents – une limitation que pour les activités à grandes responsabilités et évalue le degré d'invalidité entre 20 et 30%. En effet, à l'examen clinique, l'expert n'a constaté de pathologie relevante ni sur le plan cardio-vasculaire ou respiratoire, ni sur le plan des organes de la cavité abdominale, ni au niveau de la colonne vertébrale, alors que la mobilité des membres inférieurs était conservée avec une déambulation normale. De son côté, le service médical de l'OAIE relève une certaine limitation uniquement dans l'exercice d'une activité professionnelle, due aux crises d'angoisse, mais considère que ces dernières sont tout à fait accessibles à des traitements adéquats et ne justifient pas d'incapacité permanente. Il retient une incapacité de travail globale de 25% dans l'activité habituelle à partir du 21 octobre 2005. Alors que le Dr B._____ considère que l'assurée présente une incapacité de travail permanente dans sa dernière activité de coupeuse d'ardoise et ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité compatible avec l'état de santé, ni le certificat du médecin traitant, le Dr P._____, ni le rapport psychiatrique de la

Dresse A._____ ne contiennent une appréciation de la capacité de travail dans une activité médicalement exigible.

Or le Tribunal administratif fédéral n'a pas de motifs de s'écarter des conclusions du service médical de l'OAIE qui se fonde sur l'étude attentive des données médicales et résultats objectifs d'examens contenus dans le dossier. Eu égard à ce qui précède, force est pour l'autorité de céans d'admettre en accord avec l'autorité inférieure que, jusqu'à la date de la décision litigieuse (cf. consid. 3, 2^{ème} alinéa), la recourante n'a pas subi d'invalidité au sens des dispositions légales en vigueur et était toujours en mesure d'exercer une activité adaptée à son état de santé et d'accomplir ses tâches domestiques dans une mesure en tous les cas supérieure à 60%. Par conséquent, la décision attaquée n'est pas critiquable et doit être confirmée.

7.

7.1 La recourante, qui succombe, devra payer l'émolument judiciaire relatif à la procédure fédérale fixé à Fr. 400.- (art. 63 al. 1 et al. 5 PA en relation avec l'art. 16 al. 1 let. a LTAF ainsi qu'avec les art. 1ss du règlement du 11 décembre 2006 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Cet émolument sera imputé sur l'avance de frais, d'un même montant.

7.2 Au vu de l'issue de la procédure, la recourante n'a pas droit à une indemnité de partie (cf. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 FITAF *e contrario*). Quant à l'autorité inférieure, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est entièrement compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

3.

Il n'est alloué aucune indemnité de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ES/_____)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig

Margit Martin

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :