



---

Cour III  
C-6871/2008/  
{T 0/2}

## Arrêt du 5 octobre 2010

---

Composition

Vito Valenti (président du collège), Francesco Parrino et  
Beat Weber, juges,  
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 25 juillet 2008).

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

La recourante A.\_\_\_\_\_, ressortissante espagnole née le 15 octobre 1947, a oeuvré en Suisse de 1973 à fin 2000 en qualité d'aide en salle d'opération (pces 14 n° 1; 84). De retour en Espagne, elle s'est retrouvée au chômage puis a travaillé à plein temps pour le compte de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ en tant que magasinnière du 31 mars au 20 août 2003, date à laquelle elle a cessé d'exercer toute activité lucrative pour des raisons de santé (pces 10, 11, 33 p. 2, 73 p. 1 n° 3b). Le 18 février 2005, l'intéressée a présenté une demande de prestations auprès de l'Instituto nacional de la seguridad social (INSS; pce 1), lequel a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE).

**B.**

**B.a** Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE verse notamment les pièces suivantes au dossier:

- des rapports médicaux des 29 mai 2003 (pce 8 [mise en arrêt de travail]), 17 juin 2003 (pce 7 [mise en arrêt de travail]), 12 juillet 2003 (pce 15), 19 août 2003 (pce 19), 26 septembre 2003 (pce 20, du Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre) et 28 février 2005 (pce 23),
- quatre rapports psychiatriques signés par la Dresse D.\_\_\_\_\_ des 31 octobre 2003 (pce 21), 7 novembre 2003 (pce 22), 27 octobre 2004 (pce 16) et 25 août 2005 (pce 25),
- un rapport médical E 213 du 14 mars 2005 signé par le Dr E.\_\_\_\_\_ (pce 24); ce praticien pose le diagnostic de trouble de l'adaptation suite à une situation conflictuelle à la place de travail et mentionne qu'une invalidité totale a été reconnue à l'assurée dans son pays de résidence,
- un questionnaires pour l'employeur du 29 août 2005 (pce 10) et un questionnaire pour l'assuré du 9 septembre 2005 (pce 11).

**B.f** L'autorité inférieure soumet cette documentation à l'appréciation de son service médical. Dans un rapport du 3 juillet 2006 (pce 29), le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, pose le diagnostic de trouble de l'adaptation suite à une situation conflictuelle au niveau professionnel et familial. Il retient que, dès le 29 septembre 2003, l'assurée présente une incapacité de travail de 80% dans son

activité habituelle et que celle-ci devrait être provisoire; pour cette raison, il est nécessaire de compléter le dossier avec un rapport psychiatrique pour pouvoir être au clair sur l'évolution de la maladie.

**B.g** Par acte du 28 juillet 2006, l'autorité inférieure requiert de la documentation médicale complémentaire auprès de l'INSS (pce 31). Elle reçoit les pièces suivantes:

- un rapport médical du 19 juin 2006 signé par le Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre, et Madame G.\_\_\_\_\_, psychologue (pce 33),
- un rapport médical E 213 du 13 novembre 2006 signé par le Dr E.\_\_\_\_\_ précisant, entre autres, que l'assurée a été opérée pour incontinence urinaire le 15 octobre 2006 (pce 34).

**B.j** Dans un rapport du 19 février 2007 (pce 36), le Dr F.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM F41.2). Il relève que, selon les nouveaux documents produits, l'atteinte psychique a empêché la reprise d'une activité lucrative et a également des répercussions sur la situation sociale de l'assurée. Il estime que, dès le 29 septembre 2003, l'intéressée présente une incapacité de travail de 70% dans toute profession.

**B.k** Appelé par l'OAIE à exprimer un second avis (pce 37), le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, retient que l'assurée n'a jamais présenté de trouble psychique auparavant ni de comorbidité; il est ainsi difficile de comprendre pour quelles raisons un conflit de travail conduit à un trouble entraînant une incapacité de travail de 70% de manière définitive. Il demande qu'un nouveau rapport psychiatrique soit produit (prise de position médicale du 29 avril 2007 [doc 38]).

**B.l** Par acte du 7 juillet 2007 (pce 40; cf. également pce 39 [lettre informative à l'attention de l'assurée]), l'autorité inférieure requiert de la nouvelle documentation médicale auprès de l'INSS. Les actes suivants sont versés au dossier:

- un rapport psychiatrique du 25 juin 2007 signé par la Dresse H.\_\_\_\_\_ (pce 41),
- un rapport médical E 213 du 4 juillet 2007 signé par le Dr E.\_\_\_\_\_ (pce 42),
- une lettre de la recourante reçue par l'OAIE le 25 septembre 2007 (pce 45).

**B.p** La nouvelle documentation est transmise au Dr H.\_\_\_\_\_ pour prise de position. Dans un rapport du 30 septembre 2007 (pce 46), celui-ci note que la recourante a été suivie par un psychiatre du 31

octobre 2003 au 15 avril 2005 puis confiée aux soins de son médecin généraliste. Selon lui, on ne peut sans autre admettre que l'assurée soit toujours dans l'impossibilité de travailler pour des raisons psychiques quatre ans après avoir connu des difficultés à son lieu de travail, d'autant plus que ni le rapport psychiatrique du 25 juin 2007, ni le rapport médical E 213 du 4 juillet 2007 ne se prononcent sur la capacité de travail de l'intéressée et que ces documents renvoient tout au plus à la situation économique difficile de l'assurée. Pour ces raisons, il convient de requérir un document médical plus précis.

**B.q** Par acte du 5 octobre 2007 (pce 48; cf. également pce 47 [lettre informative à l'attention de l'assurée]), l'autorité inférieure requiert de la nouvelle documentation médicale auprès des institutions de sécurité sociale espagnoles.

Dans un courrier reçu par l'administration le 5 novembre 2007 (pce 49), l'assurée verse au dossier des rapports médicaux des 17 mai 1995 (pce 51), 30 mai 1995 (pce 50), 29 mars 1996 (pce 52), 10 mai 2006 (pce 54), 1<sup>er</sup> juin 2006 (pce 55), 14 juin 2006 (pce 56), 8 mars 2007 (pce 58), 17 mai 2007 (pce 59), 14 septembre 2007 (pce 60) et 27 septembre 2007 (pce 61).

Par acte du 7 novembre 2007 (pce 62; cf. également pce 66 [traduction]), l'INSS informe l'autorité inférieure qu'il a demandé un nouveau rapport auprès du centre psychiatrique en charge de l'assurée. Ledit centre a toutefois répondu qu'aucune nouvelle visite n'avait eu lieu depuis le 25 juin 2007, date à laquelle un certificat médical avait été établi. Sur cette base, l'INSS est d'avis que toutes les questions soulevées par l'OAIE ont été traitées, précisant que le certificat médical précité du 25 juin 2007 a déjà été remis à l'autorité inférieure et que les données concernant le degré d'incapacité de travail ne relève pas de la compétence de ses médecins.

Dans un courrier reçu par l'administration le 5 février 2008 (pce 67), l'assurée produit les documents suivants:

- un rapport médical du 9 octobre 2007 faisant notamment part d'une ostéoarthropathie avec dégénération très avancée et pratiquement disparition du ménisque interne, d'une chondromalacie rotulienne de degré IV et d'une maladie de Hoffa (pce 68);
- un rapport médical du 12 décembre 2007 (pce 69).

**B.w** Les nouveaux documents sont soumis à l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 12 mars 2008 (pce 70), celui-ci relève que, en examinant les documents psychiatriques et notamment

le dernier en date du 25 juin 2007 signé par la Dresse I.\_\_\_\_\_, il appert que la symptomatologie dépressive est légère, raison pour laquelle le diagnostic retenu n'est pas celui de dépression mais de troubles de l'adaptation. Il conclut que l'assurée présente une incapacité de travail de 40% dans son activité habituelle ou dans un autre travail adapté dès le 31 octobre 2003, à savoir la date du début de son suivi psychiatrique. En ce qui concerne les activités de substitution, il cite à titre illustratif les travaux et professions suivantes: "ouvrier non qualifié dans une usine/fabrique/production en général; concierge/gardien d'immeuble/de chantier; surveillant de parking/musée."

**B.x** Par projet de décision du 26 mars 2008 (pce 71), l'OAIE informe l'intéressée que, dans le cas présent, il existe une atteinte à la santé causant une incapacité de travail et de gain de 40% à partir du 31 octobre 2003. Pour cette raison, il entend la mettre au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 31 octobre 2004. Il lui accorde un délai de 30 jours dès réception dudit acte pour prendre position en la matière.

**B.y** Dans un courrier du 31 mars 2008 (pce 72 envoyée apparemment avant réception du projet de décision précité), l'assurée, nouvellement représentée par CCOO Comisiones obreras de Cantabria, demande à l'autorité inférieure des informations quant à l'état de la procédure. Par la suite, elle produit les documents suivants:

- un questionnaire à l'assuré daté du 30 avril 2008 duquel il ressort que l'intéressée n'a plus travaillé depuis août 2003, mis à part pendant un mois en juin 2007 en tant que femme de ménage (pce 73 p. 2 n°6, p. 3 n° 7a); il est également allégué que l'assurée présente une incapacité de travail supérieure à 70%; cette affirmation est confirmée par un tampon et une signature du Dr J.\_\_\_\_\_ datés du 18 avril 2007 (pce 73 p. 4 n° 12).
- des rapports médicaux des 4 août 2005 (pce 74) et 8 mai 2006 (pce 75).

**C.**

Par décision du 25 juillet 2008 (pce 82 envoyée une seconde fois à la recourante par courrier du 18 septembre 2008 [cf. pce 83]), l'autorité inférieure met l'assurée au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité en reprenant la motivation du projet de décision (pces 79, 81 et 82).

**D.**

L'assurée interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral par acte du 29 octobre 2008 (pce TAF 1). Faisant valoir ses affections, elle estime ne plus pouvoir effectuer aucun type de travail et présenter un degré d'invalidité de 70%.

**E.**

Par décision incidente du 14 novembre 2008 (pce TAF 2), l'assurée est invitée à produire une procuration en faveur de sa représentante et à verser une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.- dans un délai de 20 jours dès notification de ladite décision incidente. L'assurée verse un montant de Fr. 293.- sur le compte du Tribunal de céans en date du 25 novembre 2008 (pce TAF 4 p. 2). Par courrier du même jour, elle fait parvenir au Tribunal administratif fédéral un récépissé bancaire faisant état d'un versement de Fr. 300.- en faveur du Tribunal (pce TAF 5 p. 2). Par ailleurs, elle demande que la correspondance ultérieure soit adressée à son nom.

Par ordonnance du 5 décembre 2008 (pce TAF 6), le Tribunal de céans invite la recourante à verser le solde manquant de l'avance de frais (Fr. 7.- net) jusqu'au 5 janvier 2009. Par courrier du 16 janvier 2009 adressé au Tribunal administratif fédéral (pce TAF 10 portant un tampon du bureau de poste destinataire de l'ordonnance précitée [cf. pce TAF 3a]), la recourante allègue avoir reçu l'ordonnance précitée le 15 janvier 2009 seulement pour cause de grève de la Poste espagnole. Le 19 janvier 2009 (pce TAF 11), elle verse un montant de Fr. 8.- sur le compte du Tribunal de céans.

**G.**

**G.a** Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans son préavis du 20 avril 2009 (pce TAF 15), propose le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise. Elle souligne que son service médical, se basant sur l'ensemble des documents médicaux mis à sa disposition, a écarté le diagnostic de dépression et a retenu celui de trouble de l'adaptation entraînant une incapacité de travail de 40% dans l'activité habituelle et dans un travail adapté. Elle précise que les autres atteintes à la santé alléguées, à savoir une polyarthrite, une ostéoporose et une incontinence urinaire, ne sont pas susceptibles d'augmenter ce taux d'incapacité de travail.

**G.b** Par réplique du 12 mai 2009 (pce TAF 18), l'assurée, mettant en avant ses atteintes psychiques et somatiques, confirme ses conclusions antérieures. Elle joint à son mémoire des actes de la sécurité sociale espagnole datés des 30 janvier et 30 mars 2009 et faisant état d'un degré d'invalidité de 65%.

**G.c** Par duplique du 29 mai 2009 (pce 20), l'autorité inférieure indique ne pas être liée par les décisions prises par l'état de résidence de l'assurée en ce qui concerne le degré d'invalidité. Ne décelant aucun motif de revenir sur ses conclusions antérieures, elle propose le rejet du recours.

## **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), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

**1.2** Conformément à 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. 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), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.3** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.4** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

### **2.**

**2.1** L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

### **3.**

**3.1** 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.

**3.2** La recourante a déposé sa demande de prestations le 18 février 2005. Dans ce contexte, il sied de rappeler que le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période

jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 25 juillet 2008, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

**3.3** En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'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 le recourant avait droit à une rente le 18 février 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 25 juillet 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

#### **4.**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part 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 (pce 84) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

#### **5.**

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

termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**5.2** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissante de l'Union européenne, 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 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).

## **6.**

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. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

## **7.**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). 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>ème</sup> édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

## **8.**

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 352 consid. 3a et les références).

## **9.**

**9.1** En l'espèce, il est admis que la recourante souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et différentes affections d'ordre somatique, à savoir notamment une polyarthrite, une

ostéoporose et une incontinence urinaire (cf. pce TAF 1 p. 1 et pce TAF 15 p. 2). Le litige porte sur les répercussions de ces affections sur la capacité de travail de l'assurée, singulièrement sur le degré d'invalidité à retenir. En bref, l'assurée estime avoir droit à une rente entière autant pour des raisons psychiques que somatiques. Pour sa part, l'OAIE, se basant essentiellement sur une prise de position de son service médical du 12 mars 2008, est d'avis que les atteintes physiques ne présentent pas un caractère incapacitant et que l'affection psychique de l'assurée entraîne une incapacité de travail de seulement 40%.

**9.2** Sur le plan psychiatrique, force est de constater que les avis médicaux émis par les médecins ayant suivi la recourante en Espagne s'expriment de façon peu précise, voire pas du tout, sur les répercussions du trouble anxieux et dépressif mixte sur la capacité de travail de la recourante. Ainsi, le Dr E.\_\_\_\_\_, dans les rapports médicaux E 213 des 14 mars 2005 (pce 24), 13 novembre 2006 (pce 34) et 4 juillet 2007 (pce 42) ne s'est jamais exprimé sur ce point quand bien même le formulaire y relatif demande expressément de prendre position en la matière. Pour sa part, la Dresse D.\_\_\_\_\_ fait notamment état de labilité émotionnelle et d'anxiété observées chez l'assurée et se limite à donner la liste des médicaments prescrits en précisant que ceux-ci s'avèrent toujours nécessaires au vu des symptômes psychopathologiques (rapports des 31 octobre 2003 [pce 21], 7 novembre 2003 [pce 22], 27 octobre 2004 [pce 16], 4 août 2005 [pce 74] et 25 août 2005 [pce 25]). Quant au Dr C.\_\_\_\_\_, il retient dans un premier temps une limitation de la capacité de travail partielle ou modérée de l'assurée (certificat du 26 septembre 2003 [pce 20]). Dans un deuxième rapport beaucoup plus étayé et établi avec le concours de Madame G.\_\_\_\_\_, psychologue, il atteste que l'affection psychiatrique s'est péjorée et que le traitement médicamenteux n'a jusqu'à ce jour pas permis d'apporter une amélioration importante. Selon ces praticiens, l'atteinte produit une série de symptômes émotionnelles et comportementaux de forte intensité qui interfèrent de façon significative sur l'accomplissement de toutes les activités effectuées par l'assurée (rapport psychiatrique du 19 juin 2006 [pce 33]). La Dresse I.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 25 juin 2007 (pce 41), indique notamment que le tableau clinique n'a pas connu d'amélioration. Finalement, on note que, selon un acte de la sécurité sociale espagnole du 30 janvier 2009 (pce TAF 18 p. 6),

l'assurée présente une incapacité de travail de 65% dont 30% sont mis sur le compte du trouble psychique.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal fédéral est d'avis que l'argumentation soutenue par l'OAIE n'est pas suffisamment étayée par des pièces concluantes et que les différents rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de confirmer le taux d'incapacité de travail de 40% retenu par le Dr H.\_\_\_\_\_ qui n'a pas examiné lui-même la recourante et qui a émis son avis en fonction des actes de la cause. En particulier, la prise de position de ce médecin souffre d'un défaut de crédibilité dans la mesure où il a lui-même considéré, dans un premier temps (cf. rapport du 30 septembre 2007), que les actes du dossier n'étaient pas suffisants pour se prononcer dans la présente affaire et qu'il convenait de procéder à un complément d'instruction pour ensuite y renoncer lorsque les démarches entamées par l'OAIE à cet effet se sont soldées par un échec, l'INSS refusant de produire une pièce médicale s'exprimant de façon précise sur la capacité de travail de l'assurée (cf. supra let. B.g ss). Dans de telles circonstances et au vu des rapports peu concluants, voire contradictoires versés au dossier (cf. notamment le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 19 février 2007 [pce 36] estimant que l'assurée présente une incapacité de travail de 70%; voire supra let. B.d), il incombait à l'autorité inférieure de prendre des mesures complémentaires pour obtenir les renseignements demandés. Dans ce contexte, on rappelle que, selon la jurisprudence, il convient de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves lorsque l'assureur statue en grande partie, voire exclusivement sur la base de son service médical. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

**9.3** Sur le plan somatique, on constate que la recourante, notamment en produisant un rapport médical du 9 octobre 2007 (pce 68 faisant entre autres part d'ostéoarthropatie et de chondromalacie, degré IV; cf. supra let. B.h), a fait valoir différentes affections qui, selon elle, justifient de retenir une incapacité de travail significative. Le service médical de l'autorité inférieure ne s'est toutefois jamais exprimé sur ce point, quand bien même les affections décrites ne paraissent pas de prime abord anodines. Ici également un complément d'instruction

s'avère nécessaire (cf. notamment arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2836/2008 du 17 août 2010 consid. 13.2 et la référence).

**10.**

En conséquence de tout ce qui précède, le Tribunal de céans conclut que les actes de la cause ne constituent pas une base suffisante pour rendre un jugement dans la présente affaire. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un psychiatre et d'un orthopède/rhumatologue ainsi que, éventuellement, de tout autre spécialiste dont l'avis devrait s'avérer nécessaire pour juger de la capacité de travail de la recourante (en ce qui concerne le problème urologique allégué cf. pce 61). Le cas échéant, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

**11.**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 301.- versé à titre d'avance de frais par la recourante lui est restitué.

**12.**

La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 1'000.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail, relativement limité dans le cas d'espèce, qu'elle nécessite et du temps que le mandataire pouvait y consacrer (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

(dispositif à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 25 juillet 2008 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 301.- versé par la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué.

**3.**

Un montant de Fr. 1'000.- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à la charge de l'autorité inférieure.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

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

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :