

BVGer C-2966/2011 vom 3. Juli 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-07-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2966_2011

FR: TAF C-2966/2011 du 3 juillet 2013

IT: TAF C-2966/2011 del 3 luglio 2013

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 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.

E. 1.4

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

E. 2

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 130 V 445 consid. 1.2). Il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en l'espèce au regard de la LAI et de son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 (modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 [5e révision], entrées en vigueur

le 1er janvier 2008 [RO 2007 5129]), les dispositions de la 6e révision (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659; FF 2010 1647) n'étant pas applicables.

E. 3

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

E. 4.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 LPGA). Ainsi le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA (méthode générale).

E. 4.2

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

E. 4.3

Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel ou une activité sans être rémunéré dans l'entreprise du conjoint parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (méthodes générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte; art. 28a al. 3 RAI; sur la conformité au droit de cette méthode, arrêt de principe du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011; ATF 125 V 146). Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

E. 4.4

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

E. 5

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). En outre, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente le 14 juillet 2010 au plus tôt (six mois après le dépôt de la demande) ou entre cette date et le 9 mai 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et les références).

E. 6

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPG). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3); elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin; enfin elle applique le droit d'office. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5). Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références).

E. 7

Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 8

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

E. 9.1

Il ressort des pièces au dossier que la recourante a été hospitalisée une première fois du 21 au 26 décembre 2001, hospitalisation suivie d'un séjour en clinique du 4 janvier au 13 février 2002, et qu'elle souffrait alors d'un syndrome dépressif avec idées suicidaires sur personnalité pathologique dépendante avec composante masochiste, associé à un éthyliste aigu (OAIE pces 77, 84, 8, 12). Puis ont eu lieu trois autres hospitalisations les 29 et 30 avril 2002, également suivie par un séjour en clinique du 11 mai au 8 juin 2002, le 2 décembre 2003 et du 26 novembre au 13 décembre 2004, en raison de tentatives de suicide médicamenteuses associées à un alcoolisme chronique, le rapport médical concernant la dernière hospitalisation faisant état d'une dépression récurrente avec épisode dépressif majeur associé à de l'alcoolisme (OAIE pces 71, 85, 13, 86). Il est encore mentionné, par la suite, en décembre 2007, dans un rapport du Dr P. _____, cardiologue (OAIE pce 101), des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de tabac ainsi qu'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, diagnostics associés au diagnostic principal de dépolarisation ventriculaire prématurée. Au niveau somatique précisément, il s'avère que la recourante a été victime d'un infarctus du myocarde en septembre 2007, suite auquel elle a subi une angioplastie coronaire, également en septembre 2007 (OAIE pces 87, 88, 94, 90, 92). Puis en novembre et décembre 2007, des troubles du rythme ventriculaire ont été observés, nécessitant une hospitalisation, suivie d'examen en décembre 2007, le Dr P. _____ posant alors le diagnostic de dépolarisation ventriculaire prématurée et observant une hypokinésie septo-apicale (OAIE pces 98 à 103). Par la suite, et bien que la recourante ait déposé sa demande de prestations en janvier 2010, la situation médicale est bien moins documentée, puisque seules deux pièces datant d'après décembre 2007 ont été versées au dossier, soit le document provenant du dossier de la recourante auprès de l'Echelon Local du Service Médical de V. rapportant diverses observations

médicales faites entre le 20 janvier 2009 et le 1er avril 2010 (OAIE pce 75) et le rapport E 213 du 1er mars 2010 (OAIE pce 76), lequel mentionne uniquement le diagnostic d'infarctus. Se fondant sur les documents précités, le Dr S._____, dans ses prises de position des 31 janvier et 14 avril 2011 (OAIE pces 82, 106), a retenu le diagnostic principal de status après infarctus du myocarde et le diagnostic secondaire sans répercussion sur la capacité de travail d'alcoolisme chronique avec dépression.

E. 9.2

Or, il s'avère d'une part, au vu de ce qui précède, que la plupart des rapports médicaux produits, principalement constitués de comptes-rendus d'hospitalisation ou d'examen plutôt succincts, datent des années 2001 à 2007 et témoignent donc de l'état de santé de l'intéressée ou des événements médicaux survenus durant ces années-là. Il appert d'autre part que le rapport E 213, plus récent, a été établi par la Dresse Q._____, médecin conseil du Service Médical de l'Assurance Maladie à U., en France, laquelle n'a toutefois pas examiné elle-même l'intéressée, l'examen ayant été effectué le 14 janvier 2010 par le Dr R._____, dont on ne connaît pas, en particulier, la spécialisation; par ailleurs, ce rapport, peu détaillé, ne contient que très peu d'éléments, tant au niveau psychologique qu'au niveau somatique, ce qui ressort également des remarques du Dr S._____ au sujet de ce rapport dans sa prise de position du 31 janvier 2011; enfin, au regard des antécédents médicaux de la recourante et alors qu'il est fait état de symptômes d'anxiété, d'insomnie et de tachycardie, la Dresse Q._____ n'explique pas, notamment, comment les atteintes à la santé de la recourante ont évolué et pourquoi seul le diagnostic d'infarctus est retenu. Quant au document provenant du dossier de l'Echelon Local du Service Médical de V., s'il ne constitue pas un rapport de médecin et ne saurait suffire à établir avec pertinence l'état de santé de la recourante entre le 20 janvier 2009 et le 1er avril 2010, dans la mesure où il ne fait que reprendre et énumérer de façon sommaire, sur une page, les traitements médicamenteux suivis par l'intéressée et les observations de différents médecins, il en ressort cependant que durant la période à laquelle il se réfère, certains troubles ont été constatés, en lien avec lesquels des arrêts de travail sont mentionnés. Ce document rapporte en effet, à la date du 4 août 2009 par exemple, une patiente très déséquilibrée au point de vue affectif, une anxiété avec manifestations somatiques, des insomnies et tachycardies, une tension artérielle instable, des douleurs thoraciques et surtout des crises d'alcoolisation, ainsi qu'une hospitalisation récente pour ivresse aiguë majeure; il mentionne également une ordonnance du 3 novembre 2009 prescrivant des médicaments agissant en particulier contre la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, la dépendance à l'alcool, contre les récives de maladies cardiovasculaire et l'hypertension artérielle. Or, ces éléments n'ont donné lieu à aucune investigation de la part de l'administration, le Dr S._____, qui, spécialiste en médecine interne générale, n'est ni cardiologue, ni psychiatre et qui n'a pas examiné la recourante, se contentant sur la base de ces documents d'indiquer qu'il n'est pas fait état, ni dans le rapport E 213, ni dans le document provenant du dossier de l'Echelon Local du Service Médical de V., d'une angine de poitrine, d'insuffisance cardiaque ou de troubles du rythme, et que le problème d'alcool associé à la dépression n'est pas constitutif d'invalidité, une abstinence absolue et le traitement de la dépression étant exigibles de l'intéressée.

E. 9.3

Il appert ainsi que sur le plan psychique, le diagnostic le plus récent au dossier émanant d'un médecin dont il est dit qu'il est psychiatre est celui de dépression récurrente avec un épisode dépressif majeur associé à de l'alcoolisme, posé par le Dr L._____ et rapporté dans un

document faisant état d'une hospitalisation pour tentative de suicide du 26 novembre au 13 décembre 2004 (OAIE pce 86). Sur le plan cardiologique, il s'agit du rapport du 28 décembre 2007 du Dr P._____, cardiologue, qui relève la survenance de plus en plus fréquente d'extrasystolie ventriculaire et met en évidence une hypokinésie septo-apicale (OAIE pce 103). Le Tribunal de céans est dès lors d'avis que les éléments au dossier ne sont pas suffisants pour établir clairement les atteintes tant psychiques que somatiques de la recourante au cours de la période déterminante pour le droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité suisse.

E. 10.1

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

E. 10.2

Le Tribunal de céans ne saurait rallier les conclusions du Dr S._____. Le rapport du service médical de l'OAIE ne constitue pas, en effet, un examen médical sur la personne concernée, mais doit contenir les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ce rapport ne doit pas ainsi poser de nouvelles conclusions médicales mais a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur les conclusions déjà existantes et la situation médicale de la personne concernée, ce qui implique aussi de dire sur quelle pièce médicale il y a lieu de se fonder ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Or, il appert que mise à part les certificats médicaux d'arrêt de travail qui font d'état d'une incapacité de travail du 25 au 29 juin 2001, du 28 septembre au 14 octobre 2001 et du 5 au 11 novembre 2001, puis du 27 décembre 2001 au 10 mars 2002 (100%), prolongée à 50% jusqu'au 10 avril 2002, puis encore du 1er au 12 mai 2002, du 8 au 23 juin 2002 (100%) et du 24 juin au 31 juillet 2002 (50%), aucun des documents médicaux au dossier ne se prononce sur la capacité de travail de la recourante, ni du point de vue psychiatrique, ni du point de vue somatique, la Dresse Q._____ se contentant, dans le rapport E 213, d'indiquer qu'en vertu de la législation du pays de résidence, soit la France, l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, est totale, sans répondre aux questions 11.1 à 11.6 sur la capacité de l'intéressée dans sa dernière activité lucrative ou dans une activité professionnelle adaptée. Le Dr S._____ a d'ailleurs lui-même relevé cette absence d'informations dans sa prise de position du 31 janvier 2011. Force est par conséquent de constater que pour apprécier la situation de la recourante et rendre ses conclusions, le Dr S._____, qui n'a pas personnellement examiné l'intéressée, s'est fondé sur des documents incomplets, sommaires et anciens pour la plupart (voir supra consid. 9), dont aucun ne s'exprime sur la capacité de travail de l'intéressée.

E. 10.3

S'agissant en particulier de la dépendance à l'alcool, il convient de rappeler que d'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, si la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi, elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie. La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance. En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. Par ailleurs, l'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2 et les références) Or, en l'espèce, bien qu'il ressorte du document provenant du dossier de l'Echelon Local du Service Médical de V. qu'aux alentours d'août 2009, une hospitalisation aux urgences de l'hôpital de U. pour ivresse aigue majeure a eu lieu et qu'un arrêt de travail a été prononcé en date du 20 octobre 2009, vraisemblablement prolongé jusqu'au 8 janvier 2010, informations propres à mettre en doute la pertinence de l'avis du Dr S. _____, les éléments anamnestiques recueillis ne sont cependant pas suffisants pour déterminer la chronologie et l'étiologie de l'alcoolisme, ni ses conséquences sur la capacité de travail; en particulier, malgré les troubles psychologiques dont il est fait état dans les pièces produites et les nombreuses hospitalisations liées à des tentatives de suicide avec consommation d'alcool, il n'y a au dossier aucun rapport psychiatrique complet et récent. Il n'est dès lors pas possible d'établir jusqu'à ce jour si la recourante a été et est toujours victime, ou pas, d'une alcoolodépendance constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence, de savoir si elle souffre d'un trouble psychique et de quelle intensité, si l'alcoolisme est secondaire à une pathologie antérieure et, cas échéant, quels sont les effets combinés des deux pathologies.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir,

au degré de la vraisemblance prépondérante, la nature et l'intensité des atteintes dont souffre la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail résiduelle, durant la période déterminante pour le droit éventuel à une prestation de l'assurance-invalidité. L'autorité inférieure ne pouvait donc se baser sur les pièces médicales au dossier et, en particulier, sur les appréciations de son service médical, pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, et aurait dû procéder à des investigations supplémentaires avant de statuer. Partant, en application de l'art. 61 al. 1 PA et en accord avec la jurisprudence en la matière (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 9 mai 2011 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé physique et psychique de la recourante, et, le cas échéant, les limitations fonctionnelles qui en découlent et sa capacité de travail résiduelle. Pour ce faire, l'OAIE s'adressera aux médecins de la recourante afin d'obtenir des rapports complets et précis sur son état de santé et l'évolution de celui-ci, sur les traitements suivis et sur la capacité de travail résiduelle, et ce, à tout le moins dès le 14 juillet 2009, soit une année avant la date à partir de laquelle le droit à la rente peut prendre naissance au plus tôt en l'espèce (art. 29 al. 1 LAI). Si nécessaire, l'OAIE soumettra également la recourante à une expertise pluridisciplinaire auprès de services spécialisés, en particulier à une expertise psychiatrique qui se prononcera sur la question de la dépendance à l'alcool conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (voir supra consid. 10.3). Enfin, le cas échéant, l'autorité inférieure établira également, de façon motivée, la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable au cas d'espèce (méthode générale ou mixte). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (art. 28a LAI) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle (art. 27bis RAI; ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3).

E. 12

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante qui a consisté à déposer une demande d'assistance gratuite d'un avocat avec son formulaire et en la rédaction de deux courriers, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'500, à la charge de l'autorité inférieure.