Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour I
A-846/2012

Arrêt du 8 septembre 2014

Composition

Pascal Mollard (président du collège),
Vito Valenti, Daniel Riedo, juges,
Raphaël Bagnoud, greffier.

Parties

A._____,
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 11 janvier 2012).

Faits :

A.
A._____ (ci-après: l'assurée), née en 1951, est une ressortissante suisse et polonaise résidant actuellement à ***, en Pologne. En 1976 et de 1982 à 1990, elle fut employée comme infirmière pour le compte de divers établissement médicaux établis en Suisse, dans le canton de Vaud, en dernier lieu auprès de la clinique *** (cf. dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger [OAIE], pièces n° 11, 15 [p. 2], 19, 20, 23 et 55). A compter du 20 octobre 1993, elle travailla en tant qu'infirmière en chef pour le compte d'un groupement indépendant de centres médicaux, à *** (Pologne). Son contrat fut résilié par accord mutuel des parties, dans le cadre de la retraite de l'assurée, au 30 septembre 2011 (cf. dossier OAIE, pièces n° 26, 44, 54 [p. 7], 55 et 100).

B.
Par demande du 3 février 2009 parvenue le 29 avril 2010 (cf. dossier OAIE, pièces n° 1 à 15), l'assurée sollicita le prononcé d'une décision concernant l'attribution d'une rente d'invalidité. Par projet de décision du 27 octobre 2011 (cf. annexe au mémoire recours du 10 février 2012, pièce n° 1 du dossier du Tribunal; dossier OAIE, pièce n° 90), l'OAIE communiqua à l'assurée qu'après examen, sa demande de prestations devait être rejetée, motif pris qu'il n'y avait pas une incapacité de travail moyenne suffisante et que malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une acticité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Par courrier du 21 novembre 2011, l'assurée manifesta son désaccord avec ce projet. Considérant que la documentation médicale jointe à cette réponse n'apportait pas d'éléments nouveaux, l'OAIE rejeta la demande de prestation par décision du 11 janvier 2012, en reprenant les motifs de son projet de décision du 27 octobre 2011 (dossier du Tribunal, pièce n° 2; dossier OAIE, pièce n° 107).

C.
L'assurée (ci-après: la recourante) a déféré cette décision au Tribunal administratif fédéral par mémoire du 10 février 2012, concluant – de façon implicite – à son annulation (pièce n° 1 du dossier du Tribunal). Elle invoque notamment avoir été obligée de cesser définitivement de travailler en raison de son épilepsie, ainsi que de différents ennuis physiques avec difficultés de déplacement, et demande d'autre part à être exemptée des frais de justice (demande d'assistance judiciaire partielle).

Par réponse du 21 juin 2012, l'OAIE (ci-après: l'autorité inférieure) a conclu au rejet du recours, en reprenant et en développant l'argumentation de sa décision du 11 janvier 2012 (dossier du Tribunal, pièce n° 9).

Pour autant que besoin, les autres faits seront repris dans les considérants qui suivent.

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), celui-ci connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE (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]). Conformément à l'art. 19 al. 3 LTAF, tout juge du Tribunal administratif fédéral peut être appelé à siéger dans une autre cour. Dans le cadre d'une collaboration entre les cours du Tribunal et d'une mesure de soutien visant à décharger la Cour III, la présente procédure a été reprise par la Cour I et la référence initiale C-846/2012 a été remplacée par la référence A-846/2012.

1.2 Selon l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 cette 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, conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, 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 En l'occurrence, la recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Elle a donc qualité pour recourir. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est en outre recevable, de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

1.4

1.4.1 Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'autorité (administrative ou judiciaire) compétente constate les faits d'office, avec la collaboration des parties et administre les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 du 31 mars 2014 consid. 7).

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Sont déterminants tous les faits dont la présence est décisive pour que la cause soit tranchée dans un sens plutôt qu'un autre. Les preuves sont à apprécier librement de manière consciencieuse et globale. L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur

l'existence de ce fait (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

1.4.2 Lorsqu'il s'agit en particulier de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, l'administration et les tribunaux doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1. et; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront 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; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 précité consid. 7.1.2 et C-6844/2011 précité consid. 7.2).

Par ailleurs, il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cela vaut également lorsque le service médical de l'assureur n'a pas examiné lui-même l'assuré mais

s'est limité à rendre un rapport de synthèse des pièces déjà versées au dossier, étant donné que ces documents contiennent des informations utiles à la prise d'une décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale ou d'une appréciation de celle-ci (arrêts du Tribunal fédéral 9C_787/2012 du 20 décembre 2012 consid. 4.2.1 et 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2).

Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a ainsi eu l'occasion de préciser que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 125 V 351 consid. 3b/ee; arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 5.3; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 précité consid. 7.1.2 et C-6844/2011 précité consid. 7.3). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 précité consid. 5).

2.

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, il sied de relever que 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen, est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont ainsi également entrés en vigueur 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, de même que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour

la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne trouvent donc pas application dans la présente affaire [cf. consid. 3 ci-après]).

Selon l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 susmentionné et sous réserve de ses dispositions particulières, 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 les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71 précité; ATF 130 V 253 consid.2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5894/2011 du 20 février 2014 consid. 2 et C-1865/2011 précité consid. 9), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 précité).

3.

3.1 Selon une jurisprudence constante, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en compte les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-6367/2012 du 20 mai 2014 consid. 2.2 et 2.3). Dans le cas présent, la demande de prestation a été déposée le 3 février 2009, alors que la décision entreprise a été rendue le 11 janvier 2012. Par conséquent, le droit à des prestations doit être examiné à l'aune d'une part des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ainsi que, concernant d'autre part les éventuels faits postérieurs au 1er janvier 2012, sur la base des dispositions du premier volet de la 6e révision (RO 2011 5659), valable dès cette dernière date.

3.2 En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (ATF 140 V 2 consid. 5.3). Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 3 août 2009 (6 mois après le dépôt

de la demande) ou, à défaut, si le droit à une rente est né entre cette date et le 11 janvier 2012, 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, 129 V 222 consid. 4.1 et 121 V 362 consid. 1b).

4.
Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant 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 et 29 al. 1 LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (92 mois en Suisse [cf. dossier OAIE, pièce 20]). Elle remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (voir à ce sujet arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1539/2009 du 17 juin 2011 consid. 6), de sorte qu'il convient à présent de se pencher sur la question de son invalidité.

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. L'invalidité est ainsi une notion juridico-économique et non pas médicale et son taux ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminée par le médecin. Ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 116 V 246 consid. 1b et 110 V 273 consid. 4). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé et non la maladie en tant que telle. Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent des éléments utiles pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).

5.2 L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, de par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI; cf. ATF 126 V 157 consid. 3a), c'est-à-dire celles prévues par la loi (ATF 112 V 275 consid. 3b; MICHEL VALTERIO, Droit de

l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. marg. 1232 p. 341). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente suppose cumulativement que l'assuré ne puisse rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), qu'il présente une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et qu'au terme de cette année, il soit invalide à 40 % au moins (lettre c).

Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_757/2010 du 24 novembre 2010 consid. 4.1 et les références citées; VALTERIO, op. cit., n. marg. 2029 p. 536 s.; ULRICH MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2e éd., Zurich/Bâle/Genève 2010, p. 279). En outre, lorsqu'un rapport médical indique la capacité de travail sous la forme d'une fourchette de valeurs, il convient en règle générale de se fonder sur la valeur moyenne, ce qui permet d'éviter les inégalités de traitement résultant de ce genre d'évaluation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_280/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2 et 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 3.3; MEYER, op. cit., p. 352). On notera par ailleurs que la cessation ou la réduction du taux d'activité ne doit pas forcément coïncider avec la diminution de la capacité de travail. Il est en effet possible que moyennant certains aménagements de son poste de travail, l'assuré puisse continuer à exercer son activité habituelle malgré une contre-indication médicale, c'est-à-dire dans une mesure qui dépasse ce que l'on peut exiger de lui (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 238/05 du 2 novembre 2005 consid. 2.2; VALTERIO, op. cit., n. marg. 2030 p. 537; MEYER, op. cit., p. 278 s.).

Enfin, le délai d'attente d'une année doit être considéré comme interrompu de manière notable lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail durant une période de 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI, RS 831.201]; Revue à l'intention des caisses de compensation AVS et de leurs agences, des commissions AI et des offices régionaux AI, des organes d'exécution des prestations complémentaires à l'AVS/AI, du régime des allocations pour perte de gain en faveur des militaires et des personnes astreintes à servir dans l'organisation de la protection civile, ainsi que des allocations familiales [RCC] 1965 p. 47 consid. 2; MEYER, op. cit., p. 283).

5.3

5.3.1 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. Par ailleurs, selon l'art. 29 al. 4 LAI, 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). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40 % au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002, s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'Union.

Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28*a* al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré (revenu d'invalide; ATF 129 V 224 consid. 4.3.1; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-96/2011 du 15 décembre 2011 consid. 12.2 et C-3726/2009 du 1er juillet 2010 consid. 10; concernant les différentes méthodes d'évaluation, cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-311/2012 précité consid. 5.3 et les références citées; cf. également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-8120/2010 du 13 janvier 2012 consid. 6 et les références citées). Selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a en effet 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. En particulier, si l'intéressé ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part (cf. à cet égard ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; arrêt du Tribunal fédéral I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 5 et 6; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-738/2010 du 20 août 2012 consid. 3.3.5.3; VALTERIO, op. cit., n. marg. 2068 p. 549), il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1).

5.3.2 Selon l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues

en vertu de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), à l'exclusion toutefois des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a), des indemnités de chômage, des allocations de l'assurance perte de gain et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. c), ainsi que des éléments de revenu dont il est prouvé que l'assuré ne peut fournir la contrepartie, parce que sa capacité de travail limitée ne le lui permet pas (let. b; salaire dit "social"). Dans ce dernier cas, seule est déterminante la part du revenu qui correspond au salaire normalement dû eu égard à la capacité de travail et aux tâches effectuées par l'assuré, à l'exclusion des montants qui la dépassent. La preuve de l'existence d'un salaire "social" est toutefois soumise à des exigences sévères, car on doit partir du principe que les salaires payés équivalent généralement à une prestation de travail correspondante. Des liens de parenté, des liens privilégiés entre l'employeuse et la famille de l'employé, une disproportion entre les salaires en usage et le salaire versé, ou encore l'ancienneté des rapports de travail peuvent constituer des indices de la possibilité d'un salaire social (ATF 117 V 8 consid. 2c/aa et 104 V 90 consid. 2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 4 et I 106/05 du 2 août 2005 consid. 4.2.3; VALTERIO, op. cit., n. marg. 2071 p. 549 s.).

6.
En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir si les affections dont elle est victime ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue et avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6.1 A titre liminaire, il sied de rappeler que dans la mesure où la détermination du degré d'invalidité relève de l'application exclusive du droit suisse (cf. consid. 2 ci-avant), l'octroi d'une rente étrangère ne préjuge nullement de l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Par ailleurs, l'évaluation s'opérant en fonction des critères établis par la loi (cf. consid. 5.3 ci-avant), on ne saurait fixer le degré d'invalidité de façon abstraite, sur la base de tables d'invalidité ou du seul dossier médical (cf. ATF 97 V 58 consid. 1; RCC 1967 p. 83 consid. 1b; VALTERIO, op. cit., n. marg. 2042 p. 541). Pour l'issue de la présente cause, il n'est donc en soi pas déterminant que la recourante, comme elle le fait valoir dans son mémoire de recours (cf. dossier du Tribunal, pièce n° 1), se soit vue

reconnaître le droit à une rente d'invalidité par les institutions de sécurité sociale polonaises, ni que d'après une classification internationale, l'épilepsie soit considérée comme entrainant une "perte de santé de 40 %".

6.2 En l'occurrence, il ressort clairement de la réponse de l'autorité inférieure du 21 juin 2012 (dossier du Tribunal, pièce n° 9) que pour apprécier l'incapacité de travail de la recourante et, par suite, rejeter la demande de prestations de cette dernière, l'OAIE s'est fondée sur la prise de position de son service médical du 4 septembre 2011 (dossier OAIE, pièce n° 86), confirmée par celle du 3 janvier 2012 (dossier OAIE, pièce n° 106; cf. let. C ci-avant) et selon laquelle la recourante présente une incapacité de travail de 25 % dans son activité habituelle depuis l'année 2000.

6.3 Cela étant, il apparaît que différents éléments sont de nature à semer le doute sur le bien-fondé des conclusions du service médical de l'autorité inférieure et que la présente affaire n'a pas été instruite de façon suffisante pour que l'on puisse se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

6.3.1 Sur le plan médical, le dossier apparait relativement peu documenté, en ce sens que les documents médicaux objectifs utiles ne sont pas nombreux. Comme le service médical de l'autorité inférieure le relève dans sa prise de position du 4 septembre 2011 (dossier OAIE, pièce n° 86), le dossier repose dès lors essentiellement sur les rapports établis par les institutions d'assurances sociales polonaises (cf. dossier OAIE, pièces n° 76 et 80 à 84). Parmi ces documents, un rapport E213 du 14 juin 2011 indique que depuis l'année 2000, la recourante présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail se situant entre 25 et 50 % (dossier OAIE, pièce n° 76, p. 3 ss). Ainsi, il apparaît déjà que le degré d'invalidité retenu par le service médical de l'autorité inférieure correspond à la valeur limite inférieure de cette fourchette et non à la valeur moyenne de 37,5 % sur laquelle il convient en principe de se fonder en pareille situation (cf. consid. 5.2 ci-avant). A cet égard, on relèvera que si cette dernière n'est pas suffisante pour ouvrir le droit aux prestations, elle se rapproche en revanche fortement du taux seuil de 40 % (cf. consid. 5.2 et 5.3.1 ci-avant).

6.3.2 On relèvera par ailleurs que deux rapports médicaux réalisés en date du 25 mai 2011 concluent chacun à une invalidité partielle de la recourante, l'un en raison des troubles anxio-dépressifs chroniques à la

base de troubles de la personnalité, l'autre pour des motifs d'ordre orthopédique (cf. dossier OAIE, pièces n° 84 et 80). Ce second rapport pose en particulier le diagnostic de maladie dégénérative du rachis avec discopathies lombaire et cervicale, de maladie dégénérative de l'articulation du genou gauche, de maladie dégénérative post-traumatique de l'articulation talo-crurale droite et de limitation de la rotation externe de l'articulation scapulo-humérale droite. Il relève au surplus que ces affections rendent difficile, de manière importante, le travail. Il n'apparaît en outre pas que ces rapports contreviennent aux exigences de vérification et de motivation posées en la matière par la jurisprudence (cf. consid. 1.4.2 ci-avant). Partant, il s'agit en principe d'en tenir compte. Ainsi, si ces documents ne sont pas suffisants pour trancher l'affaire au fond, il suffisent en revanche pour semer le doute sur l'expertise du service médical de l'autorité inférieure.

En effet, dans sa prise de position du 4 septembre 2011 (dossier OAIE, pièce n° 86), ce dernier reprend, en substance, les diagnostics établis dans les expertises effectuées. S'il considère que les affections de l'appareil locomoteur, qu'il qualifie de modérées, peuvent justifier une "diminution du rendement" de 25 %, il est en revanche d'avis que les troubles psychiatriques de la recourante restent sans incidence sur la capacité de travail de cette dernière. Ce faisant, il s'écarte des conclusions de l'expertise psychiatrique susmentionnée et ce, sans aucune explication, le rapport se limitant à indiquer qu'un trouble psychiatrique conséquent n'est pas documenté. Dans ces conditions et compte tenu du fait que la prise de position du 9 janvier 2012 n'apporte aucun élément complémentaire, il apparaît que sous un angle purement médical, le rapport du médecin de l'autorité inférieure ne saurait suffire à emporter la conviction du tribunal de céans (cf. consid. 1.4.1 et 1.4.2 ci-avant).

6.3.3 Cela étant, la prise de position du 4 septembre 2011 apparait moins fondée sur des constatations médicales que sur des observations concernant la situation professionnelle de la recourante, sur la base desquelles le médecin de l'autorité inférieure a extrapolé la diminution de la capacité de travail du recourant. Dans son appréciation du cas (dossier OAIE, pièce n° 86), le Dr B._____ relève ainsi d'emblée que la recourante continuait, à cette époque, de travailler comme infirmière dans un cabinet médical, à raison de sept heures par jour au lieu de huit, et que son employeur attestait "un travail plus léger depuis 2000 avec une perte de salaire de 25 %". Il s'appuie également sur cette attestation lorsqu'il s'agit d'évaluer l'incapacité de travail résultant, selon lui, des

troubles orthopédiques de la recourante. Enfin, il préconise l'application de la méthode générale, "avec une réduction de l'activité professionnelle en 2000 (…) avec une perte économique de 25 %, une diminution du temps de travail de 8h à 7h par jour". Ses observations appellent les remarques suivantes.

6.3.3.1 S'il ressort effectivement des pièces versée à la procédure que, depuis 2000 et jusqu'à la cessation de son activité dans le cadre de sa retraite, la recourante a continué à travailler cinq jours par semaine à raison de sept heures par jour au lieu de huit (cf. dossier OAIE, pièces n° 26 [p. 2] et 51), le dossier ne permet en revanche pas d'apprécier clairement la mesure dans laquelle la charge de travail de la recourante a dû être allégée en raison de ses troubles orthopédiques et psychiatriques. Dans le questionnaire qui lui a été adressé, son dernier employeur se borne en effet à indiquer à cet égard que, dès 2000, elle a assumé un travail plus léger, "pas trop fatigant". Dans ces conditions, se pose la question de savoir si les affections dont souffre la recourante, outre une réduction de son temps de travail, n'ont pas aussi entrainé une diminution de son rendement, en ce sens que celui-ci ne correspondrait pas à celui d'une personne ne présentant pas de telles affections et travaillant également sept heures par jour.

Par ailleurs, il semble que dans le cadre de son appréciation, le service médical de l'autorité inférieure n'a pas tenu compte des nombreuses absences pour cause de maladie de la recourante (cf. à ce sujet dossier OAIE, pièces n° 55 et 95). Pour la période, en l'occurrence déterminante, allant du 3 août 2008 – soit une année avant le moment où le droit aux prestations aurait pu naître au plus tôt (cf. consid. 3.2 et 5.2 ci-avant) – au 11 janvier 2012 (date de la décision entreprise), il apparait ainsi que cette dernière a été absente près d'un quart du temps fin 2008, plus de la moitié du temps en 2009 et plus d'un quart du temps en 2010 puis en 2011. Dans ces circonstances et en l'état actuel du dossier, on ne peut exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 1.4.1 ci-avant), que le rendement de la recourante ait diminué dans une mesure supérieure à 40 %.

6.3.3.2 D'autre part, le tribunal de céans ne peut se rallier aux considérations émises par le service médical de l'autorité inférieure à propos de la diminution de salaire de la recourante. Selon le dossier en mains du Tribunal, la seule indication à ce sujet se trouve au chiffre 8 du questionnaire rempli par le dernier employeur de la recourante (dossier OAIE, pièce n° 51), lequel atteste qu'en conséquence de la diminution du

temps de travail et de l'attribution d'une activité plus légère, le salaire de la recourante a baissé dans une proportion de trois quarts ("3/4"). Si l'on ne saurait d'emblée écarter que la proportion indiquée se rapporte en réalité à la part de salaire que celle-ci continue de percevoir, de sorte que – comme l'a retenu le service médical de l'autorité inférieure – il s'agirait en réalité de tenir compte d'une baisse de salaire de 25 %, il est toutefois exclu, sans autres éléments, d'interpréter en ce sens cette indication. Littéralement, une interprétation opposée, dans le sens d'une diminution du salaire de 75 % (trois quarts), est en effet envisageable. De surcroît, le dossier ne permet en l'état pas de déterminer la part du salaire qui est versée à la recourante pour des prestations qu'elle réalise effectivement, qu'il s'agit de prendre en compte, de celle, exclue, qui lui est éventuellement versée pour compenser des pertes de salaire résultant d'une incapacité de travail dûment prouvée, respectivement à titre de "salaire social" (cf. consid. 5.3.2 ci-avant).

Sur la base du dossier en mains de l'autorité de céans, la question de la réduction de salaire de la recourante n'apparaît donc pas suffisamment instruite pour en tirer une quelconque conclusion sur le plan de l'incapacité de travail et/ou de gain de la recourante, contrairement à l'avis de l'autorité inférieure et du Dr B._____.

6.4 Au vu de ce qui précède, il s'agit de constater qu'un doute sérieux subsiste quant à la question de savoir si la recourante a présenté, ou non, une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % pendant une année avant le moment où le droit à des prestations de l'assurance-invalidité aurait pu naître. En particulier, les prises de position médicales du Dr B._____, pas plus que les autres pièces au dossier, ne constituent une base suffisante pour écarter une telle hypothèse. Partant, il y a lieu de constater que l'autorité inférieure n'a pas agi conformément au droit en statuant dans la présente affaire sans avoir au préalable recueilli des renseignements complémentaires concernant les conséquences de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail (cf. consid. 1.4.1 et 1.4.2 ci-avant). Compte tenu de l'importance des lacune constatées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie par conséquent de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA, afin que cette dernière entreprenne les mesures d'instruction qui s'imposent pour pouvoir statuer à satisfaction de droit dans le cas présent, soit au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 1.4.1 ci-avant), étant précisé que, dans ce cadre, la recourante pourra bénéficier des garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210.

A cet effet, l'autorité inférieure veillera en particulier à récolter auprès des institutions sociales polonaises des informations plus précises concernant les limitations fonctionnelles physiques et psychiques de la recourante durant la période déterminante, ainsi que la mesure dans laquelle les troubles observés ont entravé sa capacité de travail dans sa profession habituelle. A cette fin, la mise en œuvre d'expertises orthopédique et psychiatrique détaillées, ainsi que l'établissement d'un nouveau rapport E213 sont requis. Parallèlement, l'autorité inférieure invitera le dernier employeur de la recourante à lui faire parvenir des renseignements circonstanciés concernant l'évolution de la charge de travail et du salaire de cette dernière suite à la survenance de ses affectations, ainsi que la part du revenu éventuellement octroyée pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie, ou encore à titre social. L'ensemble du dossier sera par la suite à nouveau soumis au service médical de l'autorité inférieure pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

7.

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 (art. 63 al. 2 PA), de sorte que la demande d'assistance judiciaire partielle devient sans objet. Dans la mesure où la recourante a renoncé à s'adjoindre les services d'un mandataire professionnel et où elle n'a en outre pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, une indemnité à titre de dépens ne lui est pas allouée (art. 64 al. 1 PA *a contrario* 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]).

(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 11 janvier 2012 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et pour nouvelle décision au sens du considérant 6.4.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure et la demande d'assistance judiciaire partielle devient sans objet.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
– 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.

Le président du collège :	Le greffier :
Pascal Mollard	Raphaël Bagnoud

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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit être rédigé dans une langue officielle et 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 :