Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-3219/2010

Arrêt du 16 mars 2012

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Vito Valenti, Beat Weber, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

X._____,
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

Rente AI (décision du 13 janvier 2010).

Faits :

A.
X._____, ressortissante croate née le […] 1956, a travaillé en Suisse de 1990 à 1997 et a touché des indemnités de chômage entre 1997 et 1999. Pendant ces années, elle s'est acquittée des cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI; AI pce 53). Depuis août 1999, elle n'a plus exercé d'activités professionnelles (cf. le questionnaire à l'assuré du 17 août 2009 [AI pce 10]).

B.
Le 27 octobre 2008, X._____ présente auprès de l'institut croate de l'assurance-pensions une demande de prestations AI suisse qui a été transmise à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) et reçue le 5 juin 2009 (AI pces 2, 4 et 5).

Dans le cadre de la procédure d'instruction, l'OAIE a versé les pièces suivantes au dossier, entre autres:

- un rapport médical du 25 octobre 1996 du Dr A._____ qui fait état d'allergies aux métaux (AI pces 15 et 16),

- plusieurs rapports médicaux relatifs au mari de l'assurée qui est décédé le […] 2002 (AI pces 11, 12 et 17 à 24),

- la décision du 18 novembre 2003 de la sécurité sociale croate relative à une pension de survivant reconnue à l'intéressée à partir du 18 décembre 2002 (AI pce 3),

- le résultat des examens relatifs au syndrome cervical du 18 septembre 2006, signé de la Dresse B._____(AI pce 26),

- le rapport médical du 1er février 2007 de l'hôpital général de Z._____ duquel ressort le diagnostic de syndrome cervical et cervico-brachial bilatéral, un syndrome lombosacral et une lombosciatalgie bilatérale (AI pce 27),

- le rapport médical du 6 février 2007 du Dr C._____, psychiatre, qui observe notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2; AI pce 28 annexe),

- le résultat de l'examen ORL du 15 février 2007, signé de la Dresse D._____(AI pce 28),

- le rapport médical du 21 février 2007 signé du Dr C._____ (AI pce 34),

- le rapport du 15 mars 2007 de Madame E._____, professeur et psychologue (AI pce 30),

- le rapport médical du 4 avril 2007, signé de la Dresse F._____, médecine interne, qui diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), un syndrome cervical et cervico-brachial bilatéral (M53.0), un syndrome lombosacral (M54.5) et une lombosciatalgie bilatérale (M51.1). Elle estime que l'incapacité de travail est totale en raison de la chronicité de la dépression qui persiste malgré le traitement instauré (AI pce 29),

- les résultats des examens ORL des 19 mars et 14 juin 2007, signés de la Dresse D._____(AI pce 31),

- le résultat de l'échographie du 22 novembre 2007, signé de la Dresse G._____, médecin ORL (AI pce 35),

- le rapport médical du 19 décembre 2007 du Dr C._____, psychiatre, relatif au séjour à l'hôpital de jour du 4 au 19 décembre 2007. Le médecin confirme le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2; AI pces 33, 36),

- le rapport de l'examen radiographique du 8 janvier 2008, signé de la Dresse H._____ et trois radiographies (AI pces 37 et 38),

- le rapport de sortie du 25 avril 2008, signé du Dr C._____, relatif au séjour à l'hôpital de jour du 10 au 25 avril 2008. Le psychiatre atteste notamment une incapacité totale pour toutes les activités lucratives (AI pce 40),

- les résultats de l'électrocardiogramme d'effort du 12 mai 2008 (AI pce 41),

- les résultats de l'électromyogramme du 13 mai 2008, signé du Dr I._____ qui note des signes d'une lésion neurale chronique de gravité passablement sévère du myotome S1 droit, de gravité

modérée au niveau L5 et S1 gauche et de gravité légère du myotome C6 gauche, C7 bilatéral et C8 (Th1) droit (AI pce 42),

- un rapport médical, signé du Dr I._____, médecin interne, relatif à l'examen du 29 mai 2008 duquel ressort, entre autres, le diagnostic de hypertension artérielle et de syndrome cervico-lumbosacral chronique (AI pce 14),

- un rapport médical manuscrit, non daté, de l'hôpital général de Z._____ (AI pce 13),

- le rapport médical de l'institut croate d'assurance-pensions du 18 juin 2008, signé notamment de la Dresse J._____, neurologue. La Dresse retient un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère (F. 33.2), un syndrome cervico-brachiale chronique, avec lésion radiculaire (M 53.1), un syndrome lombosacral chronique avec lésion radiculaire (M 54.1), une spondylose de la colonne vertébrale (M 45), une scoliose dorso-lombaire, une hypertonie artérielle et un struma de la glande thyroïde. Le médecin atteste une incapacité de gain supérieure à 70% à partir du 12 juin 2006 (AI pce 39),

- le rapport de sortie du 6 février 2009 relatif au séjour à l'hôpital de jour du 27 janvier au 6 février 2009, signé du Dr C._____ qui note que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2) est devenu chronique, l'assurée ayant été en traitements psychothérapeutiques et médicamenteux depuis 2007, sans amélioration notable. Il confirme que sa patiente est incapable d'exercer une activité lucrative (AI pce 43, page 1),

- le questionnaire pour employeur, daté du 17 août 2009 et signé par l'intéressée qui informe qu'elle a travaillé en Croatie comme employée agricole du 1er janvier 1980 au 31 mai 1990 (AI pce 8),

- le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 17 août 2009, signé par l'assurée, duquel il appert que l'assurée s'occupe de sa mère malade, qu'elle a de la difficulté à organiser son travail et qu'elle a besoin d'une aide pour environ 6 heures par semaine (AI pce 9),

- le questionnaire à l'assuré du 17 août 2009, signé par l'assurée duquel ressort qu'elle n'a pas repris d'activité professionnelle à la fin des prestations de l'assurance chômage (AI pce 10),

- l'avis du 21 octobre 2009 du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR Rhône), signé de la Dresse K._____, médecine interne (AI pce 45a),

- l'avis médical interne au SMR Rhône du 28 octobre 2009, signé du Dr L._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1). Il estime que la capacité de travail de l'assurée est entière dans les activités ménagères (AI pce 45b),

- le rapport final SMR Rhône du 4 novembre 2009, signé de la Dresse K._____ qui fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), d'une spondylarthrose étagée (M47) avec discopathies cervicales et lombaires avec radiculopathies (M50.1, M54.1) et avec troubles statiques cervico-dorso-lombaires, d'une hypertension artérielle, d'un goitre euthyroïdien, d'une scoliose dorso-lombaire et des allergies aux métaux (Cobalt, Nickel). Elle détermine une incapacité de travail dans le ménage de 18.5% dès le 15 avril 2008, la spondylarthrose impliquant quelques limitations physiques (AI pces 45 et 45.1).

C.
Par projet de décision du 18 novembre 2009, l'OAIE signifie à X._____ son intention de rejeter sa demande de prestations, l'accomplissement des travaux habituels étant toujours exigible malgré son atteinte à la santé (AI pce 46).

D.
Par décision du 13 janvier 2010, l'OAIE rejette la demande de prestation de l'assurance-invalidité pour les motifs invoqués (AI pce 47).

E.
Par courrier du 2 janvier 2010, l'assurée avise l'OAIE qu'elle a formé objection contre le projet de décision du 18 novembre auprès de la sécurité sociale croate (AI pce 49 annexe).

Par courrier du 24 décembre 2009, reçu le 10 février 2010, l'institut croate de l'assurance-pensions transmet l'objection du 24 décembre 2009 de l'assurée qui demande qu'on lui reconnaisse une invalidité de 50% au moins. L'intéressée avance principalement que selon l'expertise médicale du 18 juin 2008 elle présente une invalidité supérieure à 70% (AI pces 49 et 50).

F.
Par acte du 19 avril 2010, l'institut croate de l'assurance-pensions transmet au Tribunal administratif fédéral le recours du 23 février 2010 de X._____ qui conclut à l'annulation de la décision AI du 13 janvier 2010 et à la reconnaissance d'une invalidité de 50% au moins. Sur le plan formel, elle fait grief que l'OAIE n'a pas tenu compte de son objection formulée contre le projet de décision. Sur le plan matériel, elle fait pour l'essentiel valoir que d'après les pièces médicales, dont notamment l'expertise du 18 juin 2008, elle présente une invalidité de 50% au moins en raison de sa dépression. A l'appui de son recours, l'assurée présente les nouveaux documents médicaux suivants:

- la note médicale du 20 février 2007 du Dr C._____ qui constate notamment une aggravation de l'état de santé en raison d'un décès dans la famille lointaine et qui fixe un nouveau rendez-vous dans un mois,

- le rapport médical du 4 décembre 2007, signé du Dr C._____ qui ordonne notamment un séjour à l'hôpital de jour,

- le rapport du 28 décembre 2007, signé de Madame E._____, relatif au séjour à l'hôpital de jour du 4 au 19 décembre 2007 (TAF pce 1 et annexes).

G.
Par réponse du 11 octobre 2010, l'OAIE maintient sa position et propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il se base sur la prise de position du SMR du 29 septembre 2010, signée du Dr L._____ qui informe que les nouvelles pièces jointes au recours ne modifient pas sa position antérieure (TAF pce 5, AI pce 52).

H.
Par décision incidente du 18 octobre 2010, le TAF demande le paiement d'une avance de frais de Fr. 300.- (TAF pce 6). A la suite d'une objection formulée auprès du Tribunal fédéral, l'assurée est invitée à remplir la demande d'assistance judiciaire que le TAF rejette par décision du 18 janvier 2011 (TAF pces 8 à 14). Par arrêt du 20 juin 2011, le Tribunal fédéral annule cette décision et par décision du 17 août 2011, le TAF admet la demande d'assistance judiciaire dans le sens que la recourante est dispensée du paiement de frais de procédure (TAF pces 22 et 23).

I.
La recourante ne réplique pas dans le délai imparti (TAF pces 23 et 24).

Droit :

1.
Le Tribunal examine d'office la recevabilité des recours qui lui sont soumis (cf. KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, Zurich 1998, n° 410).

1.1. Le Tribunal connaît des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

1.2. La procédure devant le TAF n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI est applicable (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

1.3. X._____ a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA).

1.4. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai de recours n'est pas utilisé, la décision entre formellement en force avec pour effet que le Tribunal ne peut entrer en matière sur le recours interjeté.

X._____ étant citoyenne croate, la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République de Croatie (RS 0.831.109.291.1), conclue le 9 avril 1996 et entrée en vigueur le 1er janvier 1998, est applicable. Selon l'art. 32 de la Convention, les demandes, déclarations et recours qui, en application des dispositions légales de l'un des Etats contractants, doivent être présentées dans un délai déterminé à une autorité administrative, un tribunal ou une institution de cet Etat sont recevables s'ils ont été déposés dans le même délai auprès d'une autorité correspondante, d'un tribunal correspondant

ou d'une institution correspondante de l'autre Etat. Dans de tels cas, l'autorité, le tribunal ou l'institution qui a reçu le document y inscrit la date de réception et le transmet à l'autorité, au tribunal ou à l'institution compétente du premier Etat. D'après l'Arrangement administratif concernant les modalités d'application de la Convention de sécurité sociale du 9 avril 1996 entre le Confédération suisse et la République de Croatie (RS 0.831.109.291.12), le Fonds de la République pour l'assurance-pensions et l'assurance-invalidité des travailleurs de Croatie, agence centrale de Zagreb, est l'organisme de liaison désigné en vue de faciliter les rapports entre les institutions des deux Etats contractants (art. 2 let. B ii de l'Arrangement).

En l'occurrence, l'assurée a déposé le 23 février 2010 son recours contre la décision du 13 janvier 2010 auprès de l'autorité de liaison croate en temps utile (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Le recours respectant en outre les formes requises par la loi (art. 52 PA), il est recevable et le Tribunal de céans entre en matière.

2.
Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006; MOSER/BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55; KÖLZ/HÄNER, op. cit., n. 677).

3.

3.1. Aux termes de l'art. 4 par. 1 de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Croatie, les ressortissants croates et suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Ainsi, le degré d'invalidité d'une personne qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse.

3.2. Les dispositions de la LPGA sont applicables en matière d'assurance-invalidité si et dans la mesure où la LAI le prévoit (art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

3.3. S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). La LAI ayant été modifiée le 1er janvier 2008 par la 5ème révision (RO 2007 5129; FF 2005 4215), l'ancien droit est applicable si le cas d'assurance s'est produit avant le 1er janvier 2008; si le cas d'assurance est survenu le 1er janvier 2008 ou ultérieurement, les modifications de la 5ème révision sont déterminantes (lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'Office fédéral des assurances sociales, p. 1 et 2). Dans le cas concret, ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.
A titre liminaire, la recourante fait grief à l'OAIE de ne pas avoir tenu compte de son objection du 24 décembre 2009, formulée contre le projet de décision du 18 novembre 2009.

Aux termes de l'art. 57*a* LAI, l'office AI communique à la personne assurée toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations. L'assuré a alors le droit d'être entendu. Les parties peuvent faire part de leurs observations dans un délai de 30 jours (art. 73ter RAI). Le but de la procédure de préavis est essentiellement d'instaurer un dialogue direct avec la personne assurée afin de garantir que les faits soient établis correctement et, le cas échéant, d'expliquer les motifs pour lesquels l'office AI prévoit de rendre une décision négative ou différente des conclusions de l'assuré (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, chiffre 2954). L'omission de la procédure constitue une grave violation du droit d'être entendu qui est une garantie constitutionnelle de nature formelle, entraînant l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure (ATF 134 V 97 consid. 2.9.2; arrêts du Tribunal fédéral 5A_779/2010 du 1er avril 2011 consid. 2.1, 8C_577/2008 du 7 novembre 2008 consid. 4.6).

En l'occurrence, l'objection du 24 décembre 2009 de X._____ a été déposée à temps auprès de l'institution croate de l'assurance-pensions (cf. art. 32 de la Convention entre la Suisse et la République de Croatie).

Nonobstant le fait que l'objection ne soit parvenue à l'OAIE que le 10 février 2010 (AI pces 49 et 50), alors que la décision litigieuse a été rendue le 13 janvier 2010, l'autorité administrative aurait dû en tenir compte, en annulant sa décision et en rendant une nouvelle. Selon la jurisprudence citée, cette omission de l'OAIE constitue une violation du droit d'être entendu et le recours de l'assurée doit être admis pour cette raison déjà. L'affaire sera ainsi renvoyée à l'OAIE afin qu'elle rende une nouvelle décision.

L'annulation de la décision attaquée et le renvoi de l'affaire est aussi justifié au vu des considérants matériels suivants.

5.
Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et

- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement, à compter du 1er janvier 2008, durant trois années au total (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

Dans le cas concret, X._____, remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé en Suisse de 1990 à 1997 (AI pce 53). Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi.

6.

6.1. 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). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

En Suisse, la notion d'invalidité est de nature juridique/économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques liées à une atteinte à la santé sont assurées.

6.2. L'invalidité d'une personne qui n'exerce pas d'activité lucrative, est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par

travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants, les soins apportés à des tierces personnes ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (cf. art. 5 al. 1 LAI, art. 28 al. 2bis LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 respectivement art. 28*a* al. 2 LAI en vigueur depuis cette date, art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA).

6.3. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (Pratique VSI 3/2001 p. 155 consid. 3c). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillé en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007du 8 janvier 2008 consid. 4.1, ATF 128 93).

Si l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'une personne assurée, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1; C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5).

7.

7.1. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente d'invalidité naît dès que la personne assurée présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'elle a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; 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). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

Pour la grande majorité des assurés, présentant un état de santé labile, le nouvel art. 28 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, n'apporte pas de modifications essentielles.

7.2. La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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 (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2008; art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

Les rentes accordées aux assurés dont le degré d'invalidité est inférieur à 50% ne sont versées qu'aux personnes domiciliées en Suisse (art. 5 par. 2 de la Convention entre la Suisse et la Croatie; art. 29 al. 1ter LAI dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2008 respectivement art. 29 al. 4 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

7.3. L'ancien art. 48 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, a prévu que si une personne assurée présente sa demande de prestations plus de douze mois après la naissance du droit, la rente d'invalidité n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

A partir du 1er janvier 2008, 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 la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations (cf. art. 29 al. 1 LAI). L'Office fédérales des assurances sociales (OFAS) a toutefois fixé

des règles transitoires d'après lesquelles le nouveau droit n'est pas applicable aux cas où le délai d'attente d'une année a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 et qui a échu dans l'année 2008. Dans ces affaires, il suffit que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard. La rente sera alors versée dès que l'année d'attente est achevée (cf. lettre circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'Office fédéral des assurances sociales, p. 1 et 2).

Dans le cas d'espèce, X._____ ayant présenté sa demande de prestations le 27 octobre 2008 auprès de l'institut croate de l'assurance-pensions (AI pces 2 et 4), le Tribunal de céans peut se limiter à examiner si et dans quelle mesure la recourante avait droit à une rente d'invalidité le 27 octobre 2007 (douze mois avant le dépôt de la demande; cf. ci-dessus et art. 32 de la Convention entre la Suisse et la Croatie) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 13 janvier 2010, date de la décision litigieuse marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (cf. ATF 129 V 1 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b).

8.
Le Tribunal 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. En particulier, 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 réf. cit.). En effet bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.1 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2). Ainsi, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA) et d'après lequel l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin, l'Office AI doit notamment mettre en œuvre une expertise

médicale lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

9.

9.1. En l'occurrence, l'OAIE estime que X._____ ne présente pas d'invalidité selon le droit suisse. D'après le Dr L._____, psychiatre au SMR, qui a retenu un trouble dépressif récurrent d'intensité légère, l'assurée ne présente pas, de point de vue psychiatrique, d'incapacités de travail dans ses activités ménagères; la Dresse K._____a déterminé une invalidité de 18.5% en raison de la spondylarthrose dont l'assurée souffre (cf. avis médicaux des 28 octobre 2009 et 29 septembre 2010 du Dr L._____ [AI pces 45b et 52], avis médicaux des 21 octobre et 4 novembre 2009 de la Dresse K._____[AI pces 45a et 45]). Contrairement aux médecins AI, le Dr C._____, le psychiatre traitant, et les Dresses F._____ et J._____ jugent que le trouble dépressif de l'assurée est d'intensité sévère. La Dresse F._____ et le Dr C._____ en déduisent une incapacité de travail totale tandis que la Dresse J._____ retient une incapacité de travail supérieure à 70% (cf. rapport médical du 4 avril 2007 de la Dresse F._____ [AI pce 29], à titre d'exemple le rapport du 6 février 2009 du Dr C._____ [AI pce 43, page 1] et les rapports médicaux de la Dresse J._____ du 18 juin 2008 [AI pce 39]).

9.2. A titre principal, l'intensité du trouble dépressif récurrent – légère ou sévère – ainsi que son influence sur la capacité de travail de X._____ est litigieuse. Les limitations physiques de l'assurée qui excluent des travaux lourds, le port de charges de plus de 5 kg, les longs déplacements ou la marche sur de terrains irréguliers ainsi que le travail au dessus de l'horizontale ou accroupi ou à genoux (cf. le rapport final SMR Rhône du 4 novembre 2009, signé de la Dresse K._____[AI pce 49]), ne sont pas contestées (cf. l'objection de l'assurée du 24 décembre 2009 [AI pce 49] et le recours du 23 février 2010 [TAF pce 1]). Il n'a pas non plus été mis en cause que la recourante doit être considérée comme une personne sans activité lucrative, ayant arrêté une telle activité en août 1999, à la fin des prestations de l'assurance chômage, pour de raisons personnelles (cf. le questionnaire à l'assuré du 17 août 2009 [AI pce 10]).

9.3. Quant à l'évaluation du trouble dépressif de l'assurée, le Tribunal de céans constate que la documentation médicale est très lacunaire. Les rapports psychiatriques, s'agissant principalement de rapports de sortie

de l'hospitalisation de jour (cf. les rapports de sortie des 19 décembre 2007, 25 avril 2008 et 6 février 2009, signés du Dr C._____ [AI pces 33, 36, 40 et 43, page 1]), mais aussi de rapports sommaires des 6, 20 et 21 février et du 4 décembre 2007, signés du Dr C._____ (AI pce 28 annexe, TAF pce 1 annexes) et des 15 mars et 28 décembre 2007, signés de Madame E._____, professeur et psychologue (AI pce 30 et TAF pce 1 annexe), ne contiennent pas d'anamnèse et d'appréciations circonstanciées de la situation médicale de X._____. Ils ne fournissent pas non plus d'informations complètes sur le traitement thérapeutique et médicamenteux instauré en dehors de l'hospitalisation (son début, sa régularité, son efficacité etc.). L'expertise médicale du 18 juin 2008 de la Dresse J._____ (cf. AI pces 39) s'avère également très brève sur ces points et l'on peut même douter de certains éléments retenus. A titre d'exemple, la Dresse rapporte que la mère de l'assurée est décédée, or postérieurement, dans le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 17 août 2009, X._____ indique s'occuper de sa mère malade (AI pce 9); la Dresse J._____ retient en outre que la recourante est en suivi psychiatrique depuis 10 ans, mais l'assurée informe qu'elle a commencé un traitement en 2007 (cf. objection de l'assurée du 24 décembre 2009 et recours du 23 février 2010 [AI pce 49 et TAF pce 1]). Enfin, sans explications, la Dresse J._____ fixe le début de l'incapacité de travail au 12 juin 2006; le Dr C._____ et la Dresse F._____ ne se prononcent pas sur cette question. Dans ces conditions, la documentation médicale ne remplissant pas les exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral citée (cf. consid. 8 ci-dessus), les conclusions du Dr C._____ et des Dresses F._____ et J._____ ne peuvent pas être retenues. Faute de dossier médical complet, le Tribunal de céans ne peut pas non plus suivre les conclusions du Dr L._____ et de la Dresse Fellay-Brand. En effet, ne disposant notamment pas de données exactes sur l'anamnèse et le traitement médical suivi, le Tribunal ne peut conclure, contrairement au Dr L._____, que X._____ ne souffre pas d'épisodes sévères du trouble dépressif récurrent, combien même elle n'a jamais nécessité une hospitalisation au milieu psychiatrique. De surcroît, l'on ne peut déduire de la seule note du 20 février 2007 du Dr C._____, qui a fixé une nouvelle consultation dans un mois (TAF pce 1 annexe), que l'état de santé de l'assurée n'a pas demandé de thérapies rapprochées (par ailleurs, la consultation précédente a eu lieu 15 jours auparavant; cf. rapport médical du 6 février 2007 du Dr C._____ [AI pce 28 annexe]). Le Tribunal de céans note encore que les médecins AI se sont appuyés sur l'hypothèse que l'assurée peut s'occuper (correctement) de sa mère malade, or aucune

information concrète sur la manière dont l'assurée s'occupe de sa mère ne ressort des pièces versées au dossier.

9.4. En conclusion, la décision litigieuse doit être annulée, se fondant sur une constatation lacunaire des faits relatifs à l'état de santé psychique de X._____. L'affaire est renvoyée à l'autorité inférieure, en application de l'art. 61 al. 1 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Le complément d'instruction comprendra la réalisation d'une expertise psychiatrique. Après l'établissement de la situation médicale, il appartiendra également de déterminer précisément dans quelle mesure et pour quelles activités la recourante est incapable d'accomplir ses activités ménagères (en tenant également compte de ses limitations physiques). Afin de remplir les exigences jurisprudentielles, une personne qualifiée doit effectuer une enquête ménagère et rédiger et motiver de façon suffisamment détaillé les diverses limitations de l'assurée, en principe après entretien avec cette dernière (cf. consid. 6.3 ci-dessus); l'enquête ménagère effectuée en vue de la décision contestée (AI pce 45.1), ne satisfait pas à ces conditions. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

10.
Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

La recourante ayant agi sans être représentée par un mandataire professionnel et n'ayant dû supporter de frais relativement élevés, il n'est pas non plus alloué de dépens (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée.

2.
La cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

3.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Recommandé avec accusé de réception)
– à l'autorité inférieure (n° de réf[…] ; Recommandé)
– à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

La présidente du collège : La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale 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 du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :