

BVGer C-1379/2015 vom 16. April 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1379_2015

FR: TAF C-1379/2015 du 16 avril 2018

IT: TAF C-1379/2015 del 16 aprile 2018

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 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), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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. 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, à moins que la LAI ne déroge expressément 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

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais ayant été versée, le recours est recevable.

E. 2.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables.

E. 2.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). L'autorité administrative et en cas de recours le tribunal définissent les faits et apprécient les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Fritz. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; Thomas Häberli, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2e éd. 2016, art. 62 n° 43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499). 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 2.3

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante est ressortissante française domiciliée en France. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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) et des règlements auxquels il renvoie (art. 80a LAI). L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un « Etat membre » au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 3.2

Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent notamment entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1; ci-après : règlement n° 883/2004).

E. 3.3

Selon l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 3.4

Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit interne suisse. Même après 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

E. 4.1

Selon l'art. 87 al. 2 et 3 (version en vigueur depuis le 1er janvier 2012) du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente (...) a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5). Cette exigence de preuve doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

E. 4.2

L'art. 87 al. 2 et 3 RAI s'applique également à l'examen d'une nouvelle demande si une première demande de rente a donné lieu à une décision ayant accordé rétroactivement à un assuré une rente limitée dans le temps (ATF 133 V 263 en référence à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI [version en vigueur depuis le 1er mars 2004]). En tant que telle cette décision a procédé d'une décision de constatation d'un droit à la rente pour une période déterminée suivie par la constatation en application par analogie des règles de la révision qu'à une date donnée subséquente les conditions de l'octroi d'une rente n'étaient plus remplies. Ainsi une nouvelle demande déposée après l'allocation d'une rente temporaire octroyée rétroactivement doit satisfaire aux conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. Dans l'ATF 133 V 263 consid. 6 le Tribunal fédéral a précisé que le regeste de l'ATF 125 V 410, selon lequel la jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (version depuis le 1er mars 2004) n'est pas applicable

lorsqu'une prestation a été précédemment allouée, mais pour une durée limitée, et indiquant que cette jurisprudence concerne toujours des cas dans lesquels des prestations ont été refusées par le passé, était trop succinctement résumée et ne pouvait en la forme être maintenue (cf. ATF 133 V 263 consid. 6.2 ; contra Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 3097 se référant à l'ATF 125 cité).

E. 4.3

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est par contre pas à faire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêt du TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

E. 4.4

Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 en lien avec l'al. 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2; arrêt du TF 9C_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si entre la précédente décision entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108, ATF 130 V 71).

E. 4.5

En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande. Le Tribunal doit dès lors examiner en se référant à la dernière décision entrée en force s'étant prononcée matériellement sur le droit de l'assurée à une rente limitée dans le temps si la recourante remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er juillet 2013 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande déposée le 27 janvier 2013 [pce AI 42]) jusqu'au 22 janvier 2015, 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 et les réf.).

E. 5

L'objet du présent litige est le bien-fondé du rejet d'une rente d'invalidité par l'OAIE au motif que, si une rente entière d'invalidité avait été octroyée du 1er octobre 2001 au 30 avril 2002, il n'y avait plus de motifs à poursuivre le droit aux prestations, en l'occurrence que l'intéressée, après examen de sa demande du 27 janvier 2013, ne présentait pas une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année de 40% au moins, l'exercice d'une activité lucrative étant toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente.

E. 6.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie

ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; Valterio, op. cit., n° 2060 ss).

E. 6.2

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, 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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 6.3

Selon l'art. 29 al. 1 LAI 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En l'occurrence le droit à une nouvelle rente d'invalidité s'ouvrirait in casu au plus tôt au 1^{er} juillet 2013 vu le dépôt de la nouvelle demande le 27 janvier 2013.

E. 7.1

Dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations il convient d'examiner, comme il l'a été énoncé au consid. 4.4, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2; arrêt du TF 9C_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si entre la décision du 26 juillet 2004 de prestations rétroactives de durée limitée entrée en force et la décision litigieuse du 22 janvier 2015, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, ATF 130 V 71).

E. 7.2

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; Valterio, op. cit., n° 3063). In casu l'examen doit se faire dans le cadre de l'examen d'un nouveau droit à la rente. Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 7.3

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 125 V 369 consid. 2; 112 V 372 consid. 2). In casu la décision du 26 juillet 2004 est déterminante.

E. 8.1

La recourante a travaillé en dernier lieu en Suisse comme vendeuse. Suite à son accident du travail du 4 octobre 2000 elle perçut des indemnités journalières puis fut reconnue au bénéfice d'une rente d'invalidité suisse entière du 1er octobre 2001 au 30 avril 2002. Il appert du dossier qu'elle n'a plus repris d'activité lucrative par la suite ayant été au chômage en France de 2002 à 2006 et en situation de maladie à compter de 2007 puis dès 2010 de travailleur handicapé. Fin 2012 elle a terminé une formation de secrétaire assistante de 15 mois. Elle fut reconnue invalide à plus de 66 2/3 % à compter du 27 janvier 2013 selon la sécurité sociale française.

E. 8.2

Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré.

E. 8.3

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, 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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 9.1

Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase, LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. La loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI). Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à

accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, op. cit., n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

E. 9.2

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent 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. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

E. 9.3

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid 5.2). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. Valterio, op. cit. n° 2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 9.4

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 9.4.1

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

E. 9.4.2

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés

au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9.4.3

Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

E. 9.5

Dans le domaine des assurances sociales, l'administration, et le cas échéant le Tribunal, fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références).

E. 10.1

En l'espèce l'OAIE a rejeté la demande de prestation de l'intéressée en se fondant principalement sur les rapports médicaux du Dr J._____, expert certifié SIM, sans spécialisation indiquée, du SMR Rhône, lequel s'est prononcé en matière rhumatologique et en matière psychiatrique sans avoir requis d'avis de confrères en se référant principalement au dossier médical de l'intéressée à la base de la rente entière AI qui lui avait été allouée du 1er octobre 2001 au 30 avril 2002 confronté aux rapports médicaux des années 2013 à 2015 peu denses des Drs H._____, généraliste, et L._____, praticien hospitalier psychiatre, au rapport E 213 du 25 juillet 2013 du Dr I._____ et en dernier lieu au rapport IRM du rachis lombaire du Dr K._____ du 8 juillet 2014. L'OAIE, respectivement le Dr J._____, n'ont pas requis expressément des Drs H._____ et L._____, médecins traitants de l'assurée, un rapport médical standard à remplir usuellement adressé aux médecins traitants. Compte tenu du peu d'informations établies par ces médecins traitant l'intéressée depuis de nombreuses années, il était du devoir d'instruction de l'OAIE, respectivement du Dr J._____, conformément à l'art. 43 LPG, de requérir de leur part des rapports plus détaillés que ceux fournis, soit les informations dont l'AI avait manifestement besoin pour remplir sa tâche d'établir les faits à la base de la décision d'octroi ou de rejet de rente ensuite de la demande déposée le 27 janvier 2013 plus de 10 ans après la fin de l'octroi de prestations AI résultant d'une première demande dont les actes n'avaient qu'une valeur historique anamnestique. La loi attribue en effet à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire

de façon correcte et complète de sorte que, fondée sur les faits établis, la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office AI compétent ratione loci, en l'occurrence l'OAIE. Si le médecin SMR d'un office AI se rend compte ne disposer que de trop peu d'éléments pour se déterminer sur la base de la documentation médicale qui lui est remise il ne doit pas rendre un rapport final sur la base du dossier, comme en l'espèce en date du 1er mai 2014 (pce AI 92), mais expressément requérir auprès de l'office AI la documentation médicale qui fait défaut au dossier, procéder à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 cité consid. 3.3) ou requérir la détermination d'un expert selon les modalités de l'art. 44 LPGA.

E. 10.2

Il appert du dossier que l'intéressée souffre, entre autres atteintes, d'un problème d'alcoolisme. Selon la jurisprudence constante concernant les dépendances similaires que sont l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, comme l'a relevé le Dr J._____, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; pour des exemples, cf. arrêt du TF I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2.1). Pour évaluer si cette condition est réalisée, 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 (arrêt du TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). Sous l'angle 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. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêts du TF I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; 9C_960/2009 loc. cit. ; Valterio, op. cit., n° 1195 ; pour des exemples, cf. arrêt du TF I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2.1). En l'espèce le Dr J._____ a indiqué que le problème d'alcoolisme de l'intéressée était de type primaire (secondaire selon le Dr E._____) et donc non incapacitant au sens de l'AI. Or, à part le fait que figure au dossier que l'intéressée a été confrontée à cette addiction à de nombreuses reprises et a même été hospitalisée, il ne figure pas au dossier de rapport au sujet de l'alcoolisme de l'intéressée permettant d'apprécier la nature de cette atteinte et ses liens avec d'éventuelles autres atteintes. Certes les Drs H._____ et L._____ ne développent pas cette atteinte dans leurs rapports respectifs mais il y a lieu de relever que l'intéressée a été traitée et hospitalisée pour cette atteinte et qu'il n'est pas exclu que celle-ci puisse selon les critères-mêmes de l'AI avoir une incidence sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée. En d'autres termes un rapport médical au moins à ce sujet doit figurer au dossier de l'intéressée.

E. 10.3

Comme il l'a été dit les rapports médicaux des médecins SMR ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). En l'espèce il n'apparaît pas des pièces au dossier un état de fait non contesté établi de manière concordante par les médecins. Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920). En l'espèce il ne saurait être retenu au vu du dossier un état de santé de l'intéressée lui permettant d'exercer sans nulle doute son ancienne activité de vendeuse à 75% au moins comme cela avait pu être retenu à compter du 1er mai 2002 selon la décision attaquée et comme le Dr J._____ l'a encore estimé en date du 30 juin 2015 à la suite du recours interjeté. Ce médecin releva qu'une expertise complémentaire n'était pas nécessaire car la situation psychiatrique était claire, l'atteinte psychiatrique n'étant pas incapacitante dans le sens de l'AI comme cela résultait selon ce médecin de l'expertise psychiatrique de 2003. Or cette expertise remonte à quelque 12 ans au moment où la décision dont est recours a été prise et ne saurait dès lors être invoquée pour fonder une décision rendue en 2015.

E. 10.4

Par ailleurs il appert du rapport du Dr J._____ du 1er mai 2014 que le rapport E 213 du Dr I._____ n'a été repris qu'en partie. L'appréciation du Dr I._____ quant à la capacité de travail de l'intéressée a été totalement ignorée de sorte que le lecteur du rapport du Dr J._____, dont l'Office AI, n'a que son appréciation personnelle du dossier qui au final se résume à relever que les atteintes de l'intéressée sont les mêmes que celles existantes en 2002 pour la première demande de prestations et qu'une incapacité de travail de longue durée pour ces anciennes atteintes n'est pas justifiée, passant sous silence que l'intéressée a été mise au bénéfice en France d'une rente d'invalidité pour une incapacité de travail de plus de 66 2/3% remontant au 27 janvier 2013 et que le Dr I._____ n'a retenu aucune capacité de travail dans son rapport E 213. La date du 27 janvier 2013 correspond au mois où l'intéressée n'est plus inscrite comme demandeur d'emploi à Pôle emploi (cf. supra B.c ; pce AI 86 p. 11-14). Certes l'octroi par un organisme étranger d'une rente d'invalidité ne préjuge pas le droit d'un intéressé à une rente selon la législation suisse mais la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009). Ce qui implique d'en faire état, y compris cas échéant de discuter l'appréciation de la capacité de travail d'un assuré retenue par le médecin d'un rapport médical E 213, pour ensuite se déterminer, cas échéant différemment avec une motivation idoine, sur la capacité de travail

résiduelle de l'intéressé.

E. 10.5

Pour les motifs évoqués supra la décision de l'OAIE de rejet de rente ne peut être confirmée faute de documents médicaux permettant d'établir les atteintes à la santé, leur degré de gravité et leur influence sur la capacité de travail et faute ainsi d'une instruction complète de la demande de prestations. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves a été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

E. 10.6

Il se justifie en conséquence d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction en application de l'art. 61 al. 1 PA et nouvelle décision, étant précisé que, dans ce cadre, la recourante pourra bénéficier des garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210. Sur la base du dossier actuel l'autorité inférieure requerra des médecins traitant de l'intéressée des rapports complets actualisés de son état de santé avec l'évolution des atteintes notamment depuis 2012 et requerra des médecins traitants également une prise de position sur l'alcoolisme chronique dont souffre l'intéressée notamment depuis 2012. Vu qu'en 2003 une expertise bidisciplinaire a été effectuée il se justifie, vu l'applicabilité par analogie des règles de la révision (art. 17 LPG), que l'OAIE ordonne en Suisse une expertise polydisciplinaire (rhumatismale, de médecine interne avec un volet lié à l'alcoolisme, psychiatrique) permettant d'établir l'état de santé actuel de l'intéressée, ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail résiduelle et indiquant également l'évolution de l'état de santé, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail résiduelle depuis les constatations faites dans le cadre de l'expertise de 2003. Dans le cadre de l'examen psychiatrique les experts devront déterminer la capacité de travail résiduelle sur la base des indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychiatriques selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle, en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 118). Les expertises ordonnées doivent permettre de répondre à l'ensemble des questions qui se posent. La coordination des spécialisations est selon la pratique constante une part centrale de l'interdisciplinarité. Les experts mandatés sont en dernier lieu responsables de la qualité et complétude des rapports établis dans un cadre interdisciplinaire et des conclusions interdisciplinaires retenues mais aussi d'exams effectués selon le principe d'économicité (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3)

E. 11

Selon l'art. 61 al. 1 PA l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le

renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie si l'autorité a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références) ou notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Tel est le cas en l'occurrence, le dossier ne contenant pas de rapports médicaux complets sur l'état de santé de l'intéressé tant des médecins traitants que d'experts tiers dont les avis médicaux sont indispensables. Partant le recours du 25 février 2015 est partiellement admis, la décision de l'OAIE du 22 janvier 2015 annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision.

E. 12.1

Selon la jurisprudence la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6).

E. 12.2

Vu l'issue du recours il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA). L'avance de frais de 400.- francs fournie par la recourante en cours de procédure lui est restituée.

E. 13

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 alloue 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 matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, ATF 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi TF 9C_846/2015 consid. 3 et 9C_654/2009 consid. 5.2). Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). En l'espèce, la recourante a interjeté recours par un organisme de défense des intérêts de ses affiliés, lequel s'est limité en substance à des écritures de transfert de documents médicaux. A ce titre il se justifie de lui accorder une indemnité de dépens ex aequo et bono de 300.- francs non soumise à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.