

# **BVGer C-2400/2019 vom 4. Februar 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2400\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2400_2019)

FR: TAF C-2400/2019 du 4 février 2022

IT: TAF C-2400/2019 del 4 febbraio 2022

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) ainsi que dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA). De plus, l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA) ; au total, un montant de 838 francs a été versé (788 francs + 50 francs; TAF pces 2 à 7).

### **E. 2.1**

Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

### **E. 2.2**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e édition 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e édition 2015, p. 243). Toutefois, 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; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e édition 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3.1**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui 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 du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Ainsi, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), ne sont pas pertinentes dans le cas concret, sauf indications contraires (voir consid. 11.6), et les anciennes versions des dispositions légales concernées seront citées ci-après.

### **E. 3.2**

Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 11 avril 2019. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b).

### **E. 3.3**

L'affaire présente un aspect d'extranéité dans la mesure où la recourante espagnole a été assurée de nombreuses années en Suisse et en Espagne (AI pce 39 et TAF pce 9 annexe). 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

### **E. 4**

En l'occurrence est litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la deuxième demande de prestations de l'assurée qui réclame une rente d'invalidité. Il est par ailleurs constant que la recourante a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant de nombreuses années en Suisse et en Espagne (AI pce 39 et TAF pce 9 annexe) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente conformément à l'art. 36 al. 1 LAI (voir aussi cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi.

### **E. 5.1**

L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels, tels les tâches domestiques (cf. art. 8 al. 3, 1ère phrase, LPGA et art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201], dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 [RO 2003 3859], respectivement jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2017 7581]). Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (1ère phrase). En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA; cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase, LPGA).

### **E. 5.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). De plus, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité 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 son 18e anniversaire. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

### **E. 5.3**

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes (cf. consid. 11.2 ss ci-dessous).

### **E. 5.4**

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide

à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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 (art. 13 LPGGA) en Suisse. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un de ces pays (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

### **E. 6.1**

S'agissant en l'espèce de l'examen à effectuer par le Tribunal de céans il est rappelé que la première demande de prestations de l'assurée a été rejetée par la décision du 14 mars 2011 de l'OAIE (AI pce 24) que le Tribunal a confirmée par arrêt C-2552/2011 cité (AI pce 32). Le recours formé contre cet arrêt a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral (AI pce 33). L'arrêt du TAF est donc entré en force de chose jugée (cf. Kölz/Häner/Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3e édition 2013, n° 1194, p. 415). Il s'est substitué à la décision du 14 mars 2011, en la confirmant (cf. Jérôme Candrian, *op. cit.*, n° 147 p. 91; Moser/Beusch/Kneubühler, *op. cit.*, n°3.189 ss pp. 224 s.), et il limite l'examen de la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

### **E. 6.2**

En effet, selon la jurisprudence, lorsque l'administration - comme en l'occurrence - entre en matière sur une nouvelle demande de prestations et examine l'affaire au fond, elle doit analyser si une modification du degré d'invalidité est intervenue. Elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGGA selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 130 V 64 consid. 2; 117 V 198 consid. 3a; notamment : arrêts du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 2; I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1; 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2). La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou sur la capacité d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 134 V 131 consid. 3; 133 V 545 consid. 6.1; Michel Valterio, *Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)*, 2018, art. 31, n° 11 ss pp. 498 ss). Toutefois, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 137 V 210 consid. 3.4.2.3; 115 V 308 consid. 4a/bb; TF 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2; 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 755/04 cité consid. 5.1; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2; Michel Valterio, *op. cit.*, art. 31, n° 11).

### **E. 6.3.1**

Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA, le point de départ forme la dernière décision entrée en force qui

repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (pour autant qu'il existait des indices selon lesquels la capacité de travail résiduelle était modifiée). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

### **E. 6.3.2**

En l'espèce, il est constant que le dernier examen matériel du droit à la rente de la recourante, tel que décrit ci-dessus, a été effectué par l'arrêt C-2552/2011 précédent du TAF. L'état de fait alors jugé, limité au 14 mars 2011 lorsque la décision de l'OAIE contestée a été rendue (cf. consid. 3.2), forme le point de départ temporel du présent examen à pratiquer. Dès lors, le Tribunal examinera le bienfondé de la décision attaquée du 11 avril 2019 (AI pce 109) en se prononçant sur les questions de savoir si la recourante a subi une modification notable de sa situation depuis le 14 mars 2011 et si cette modification est propre à influencer sur son droit à une rente d'invalidité. Concrètement, dans un premier temps, le TAF déterminera la situation prévalant le 14 mars 2011 (cf. consid. 8). Il examinera ensuite celle du 11 avril 2019 (consid. 9 à 10) pour la comparer à la situation antérieure (consid. 10.6.2).

### **E. 7.1**

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) - aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) - l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme en l'occurrence (cf. consid. 4 ci-dessus) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non médicale (cf. consid. 5.1). 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). Toutefois, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, le cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2).

### **E. 7.2**

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; Michel Valterio, op. cit., art. 57 n° 33).

### **E. 7.3**

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder 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 ; 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 (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

### **E. 8.1**

Au regard du consid. 6.3.2 ci-dessus, il sied de décrire la situation déterminante au 14 mars 2011 telle que retenue par le TAF dans son arrêt C-2552/2011 cité (TAF pce 32).

### **E. 8.2**

Sur le volet médical, le Tribunal constate qu'il avait alors été établi que l'assurée souffrait, d'après la Dresse B.\_\_\_\_\_ de l'INSS (rapport médical détaillé E 213 du 16 septembre 2010; AI pce 8), d'une cardiopathie ischémique chronique avec altération de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) de 35% et d'une coronaropathie d'un vaisseau traité par stent en décembre 2009, respectivement, selon le Dr C.\_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE (cf. prise de position du 23 janvier 2011; AI pce 19), d'une affection cardiaque, traitée par une opération au coeur fin 2009 (cf. consid. 10.2.1 et 10.2.2 de l'arrêt C-2552/2011). De plus, le TAF avait admis, compte tenu des avis concordants des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, que l'assurée pouvait toujours exercer une activité de substitution légère à plein temps. Le Tribunal avait en particulier considéré que cet avis était compatible avec les évaluations des Drs D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, spécialistes de cardiologie (cf. rapports des 24 mai et 24 juin 2010; AI pces 3 et 4), qui ont fait part, à l'instar de la Dresse B.\_\_\_\_\_, de la classe fonctionnelle II selon la NYHA (New York Heart Association) - ce qui correspond à une insuffisance cardiaque asymptomatique au repos mais devenant manifeste après un grand effort physique (cf. Otto M. Hess, Insuffisance cardiaque : définition, étiologies et classification, in Forum Med Suisse n° 48 du 26 novembre 2003, p. 1158, consulté sur internet le 15 décembre 2011) - même si ces médecins ont également indiqué, dans un premier temps, une altération modérée de la FEVG de 38% (AI pce 4), et un mois plus tard, une détérioration, soit une FEVG de 35% avec altération systolique sévère du ventricule gauche (AI pce 3; consid. 10.2.3 de l'arrêt C-2552/2011). Le Tribunal avait aussi remarqué que le marché équilibré du travail lequel est une notion théorique et abstraite et qui implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, contenait un nombre de poste suffisant, léger et respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée, telles que mentionnées par la Dresse B.\_\_\_\_\_ de l'INSS, à savoir, pas de travaux exposant l'assurée à des températures hautes ou basses, pas

d'activités requérant le port respectivement le transport fréquents de charge ou qui nécessitent l'usage de rampes, d'escaliers ou d'échelles. Enfin, le TAF avait aussi considéré que la Dresse B. \_\_\_\_\_ avait estimé que l'assurée ne pouvait pas travailler devant un écran de vidéo puisqu'elle ne disposait pas de connaissances nécessaires mais que ce manque de connaissances était un motif étranger à l'invalidité et qu'il était dès lors par déterminant (cf. consid. 10.2.4 de l'arrêt C-2552/2011). Le Tribunal de céans a par ailleurs laissé ouvert le point de savoir si l'activité habituelle de couturière/ouvrière sur machine de textile était toujours exigible de la part de l'assurée puisque même en se ralliant à l'avis médical le plus favorable et en retenant les paramètres les plus avantageux, l'assurée ne présentait pas un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à une rente (consid. 10.3 et 10.3.1 de l'arrêt C-2552/2011).

### **E. 8.3**

En effet, sur le volet économique, le Tribunal avait constaté que le taux d'invalidité devait être déterminé selon la méthode mixte puisque la recourante avait avant l'atteinte à la santé travaillé à temps partiel (questionnaire pour l'employeur reçu le 3 janvier 2011; AI pce 17). Concernant l'activité professionnelle, les revenus sans et avec invalidité à comparer avaient été fixés sur la base de l'année 2010 et les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). En outre, le salaire d'invalidité a été réduit de 20% pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas d'espèce. Le préjudice économique s'élevait alors à 12.58%, respectivement à 9.44% relatif à une activité exercée à 75%. Le Tribunal n'avait pas déterminé concrètement les limitations dans l'activité ménagère, exercée à 25%, ayant remarqué que même si l'on retenait à titre hypothétique une invalidité totale, il en apparaissait un taux d'invalidité de 25% ( $100\% \times 0.25\% = 25\%$ ) et que l'assurée ne parvenait pas à un taux global d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à une rente ( $9.44\% + 25\% = 34.44\%$ ; consid. 10.3.2 et 10.3.3 de l'arrêt C-2552/2011).

### **E. 8.4**

Pour conclure, le Tribunal avait établi que l'assurée souffrait d'une affection cardiaque mais qu'elle pouvait poursuivre à plein temps une activité professionnelle légère et adaptée aux limitations retenues par le médecin de l'INSS (consid. 8.2). Le taux d'invalidité déterminé selon la méthode mixte n'était pas suffisant pour ouvrir droit à une rente (consid. 8.3).

### **E. 9.1**

Il sied d'examiner la situation au 11 avril 2019 lorsque la décision querellée a été rendue (cf. consid. 6.3.2). L'OAIE disposait des nouveaux documents qui ont été versés en cause suite à la deuxième demande de prestations de l'assurée du 17 juin 2016.

### **E. 9.2**

Sur le plan médical, les nouvelles pièces suivantes ont été produites : - les résultats du 27 avril 2012 de l'ergométrie, signés du Dr F. \_\_\_\_\_ (AI pce 56), - le rapport du 27 novembre 2015 du Dr G. \_\_\_\_\_ lequel fait état 1) d'une cardiopathie ischémique (2002) avec infarctus aigu du myocarde en 2009 et implant d'un défibrillateur automatique contre le risque d'arythmie grave, 2) d'une insuffisance cardiaque, classe fonctionnelle II selon la NYHA, une FEVG de 42%, un ventricule gauche (VI) non dilaté et une insuffisance mitrale (IM) légère, 3) d'une hyperthyroïdie, 4) d'une endométriose avec annexectomie gauche et cystectomie ovarienne droite, 5) d'une constipation, 6) des hémorroïdes internes, 7) d'un cystocèle avec incontinence urinaire à l'effort, 8) d'un dysfonctionnement de l'articulation

temporomandibulaire gauche, 9) d'un hallux valgus et des orteils en marteau au pied gauche, 10) d'une névralgie hémifaciale gauche, 11) d'un trouble anxieux généralisé et d'une insomnie chronique, 12) d'une omalgie chronique du côté gauche, selon l'IRM, une proéminence de l'articulation acromio-claviculaire sur la zone du tendon sus-épineux compatible avec un syndrome de compression ou un piégeage et 13) d'une dorsolombalgie mécanique chronique avec scoliose dorsale, arthrose dorsolombaire, hernie discale opérée chirurgicalement et selon CT-scan, une diminution discrète du diamètre du foramen droit de D9-D10, pas de signes visibles d'hernie discale, changements dégénératifs discrets dans les articulations inter-apophysaires ; ce médecin liste également les médicaments prescrits contre l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance de la fonction thyroïdienne, les acides gastriques et l'hypercholestérolémie ainsi que des antidouleurs et un traitement de l'anxiété et de la tension (AI pce 46), - le rapport médical détaillé E 213 du 25 août 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_ lequel avait indiqué sous les diagnostics une cardiopathie ischémique, une coronaropathie d'un vaisseau, un infarctus transmural aigu du myocarde et une revascularisation percutanée avec stent à élution médicamenteuse au niveau de l'aorte descendante proximale, la classe fonctionnelle II-III selon la NYHA, une FEVG de 36% (échocardiogramme 2012) et une implantation d'un défibrillateur avec surveillance à domicile ; ce médecin souligne le risque grave d'arythmie ventriculaire et atteste des limitations fonctionnelles sévères ; il conclut que seules les activités qui ne nécessitent pas d'efforts physiques, un rendement et une implication importante restent exigibles (AI pce 38), - la copie de l'ergométrie du 24 octobre 2016 (AI pce 55), - le rapport du 2 décembre 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_ de (...) l'insuffisance cardiaque avancée et de la transplantation cardiaque ; ce médecin décrit sous l'historique 1) une cardiopathie ischémique, soit une angine instable débutante en septembre 2002, un infarctus aigu du myocarde antérieur Killip I avec pose d'un stent à élution médicamenteuse en décembre 2009, l'implantation d'un défibrillateur avec surveillance à domicile en juin 2012 et une révision de l'implant en août 2015 ainsi que 2) une insuffisance cardiaque chronique en relation avec un dysfonctionnement ventriculaire modéré d'origine ischémique ; il indique en outre les résultats des différents examens entrepris, tels une électrocardiographie (ECG) et un échocardiogramme en 2014 lors duquel la FEVG était abaissée à 42%, et il décrit le traitement prescrit ; ce médecin note encore un état stable et la capacité de l'assurée à pouvoir réaliser des efforts modérés, à marcher pendant une heure, à monter un étage sans devoir s'arrêter ; cependant, l'assurée présente de la dyspnée lorsqu'elle parle en marchant (AI pce 54), - le rapport du 20 mars 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_ qui comme dans son rapport précédent fait état des différents diagnostics ; s'agissant de 2) l'insuffisance cardiaque, il mentionne toujours la classe II selon l'NYHA, un ventricule gauche non dilaté et une insuffisance mitrale légère, mais une FEVG de 44% ; concernant 3) la hyperthyroïdie, il indique une thyroïdite chronique auto-immune et une hypothyroïdie subclinique et s'agissant de la 13) dorsolombalgie, il fait désormais état 13 a) d'une dorsalgie mécanique chronique, avec scoliose dorsale et arthrose dorsolombaire, selon le CT-scan, une diminution discrète du calibre de la conjonctive du foramen droit de D9-D10, pas de signes visibles d'hernie discale, des altérations dégénératives discrètes dans les articulations inter-apophysaires, ainsi que 13 b) d'un lumbago chronique après opération d'une hernie discale et selon le CT-scan, une ostéochondrose intervertébrale LS-51 avec sclérose sous-chondrale dans les plaques limitantes des corps vertébraux et arthrose des facettes qui, avec la protrusion discale (latéralisée à droite), génère une sténose des foramens ; par ailleurs, le médecin liste les médicaments déjà mentionnés dans son rapport antérieur (AI

pce 53), - le rapport du 18 avril 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_ lequel fait brièvement part de l'examen rhumatologique, en observant notamment une scoliose dorsolombaire, une contraction du muscle paravertébral dorsal droit, une cicatrice d'une intervention chirurgicale sur le rachis lombaire, une contraction musculaire de la colonne vertébrale droite, une hypertonie du muscle ilio-psoas droit, une déformation des 2e et 3e orteils en marteau aux deux pieds avec douleur à l'extension des orteils sans traction du tendon fléchisseur dorsal, un hallux valgus bilatéral modéré et une limitation de la rotation interne de l'épaule gauche (AI pce 59), - le rapport du 23 juin 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_ de (...), de l'insuffisance et de la transplantation cardiaque ; le médecin retient comme diagnostics une dysfonction modérée du ventricule gauche d'étiologie ischémique, un infarctus aigu du myocarde antérieur en 2009, reperfusé par une angioplastie primaire avec stent conventionnel au niveau de l'aorte descendante et une revascularisation complète, une insuffisance cardiaque chronique, du stade C selon l'ACC/AHA (American College of Cardiology and American Heart Association) et de la classe fonctionnelle I-II selon la NYHA, ainsi qu'un implant de défibrillateur bicaméral par la veine sous-clavière sans incidence ; il note par ailleurs sous l'historique cardiologique une implantation d'un défibrillateur le 21 juin 2017 pour prévention primaire contre la mort subite ainsi que les résultats de l'échocardiogramme de mars 2017 qui a notamment fait état d'une FEVG de 44% ; enfin, il observe un état stable, de la classe fonctionnelle I-II selon la NYHA, sans angine (AI pce 70), - la copie de l'ergométrie du 22 août 2017 (AI pce 73), - le rapport du 9 août 2017 du Dr K. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologique, lequel rapporte les antécédents connus ainsi que sur le plan orthopédique, une hernie discale L5-S1 droite, une ostéochondrose intervertébrale L5-S1 et une arthrose des facettes L3L4-L4L5-L5S1 ; de plus, il indique que l'assurée présente à l'examen une douleur lombaire de caractère mécanique, des rotations normales, une surcharge des muscles paravertébraux lombaires et une douleur en relation avec le syndrome des facettes lombaires postérieures ; il note alors comme diagnostics différentiels (I.DX) une spondyloarthrose lombaire, un syndrome des facettes lombaires postérieures et une lombalgie chronique ; enfin, il indique que l'assurée prend du Paracétamol en cas de douleurs (AI pce 74). A de nombreuses reprises, l'OAIE a invité le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin généraliste de son service médical, à se déterminer (voir prises de position des 3 novembre et 30 décembre 2016, réponse du 16 mai 2017, prises de position des 3 et 17 octobre ainsi que du 26 décembre 2017, réponses des 16 janvier, 24 juillet et 4 août 2018 et la prise de position du 11 janvier 2019 (AI pces 44, 50, 61, 78, 80, 88, 90, 96, 98 et 108).

### **E. 9.3**

Dans le dossier se sont encore trouvés les nouveaux documents ci-après : - le projet du 20 mai 2016 de la sécurité sociale espagnole qui admet une incapacité permanente absolue et une aggravation de l'état de santé (AI pce 47), - les renseignements concernant la carrière de l'assurée et l'attestation concernant la carrière d'assurance en Espagne du 25 août 2016 (E 205 ES et E 207 ES; AI pce 39), - le questionnaire à l'assurée, reçu le 11 septembre 2017, duquel il apparaît que celle-ci n'exerce plus une activité lucrative (AI pce 71 pp. 1 ss), - le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, reçu le 11 septembre 2017 (AI pce 71 pp. 6 ss), - les explications du 1er juillet 2018 de l'assurée concernant son ancienne activité professionnelle ; elle informe qu'elle travaillait sur une machine à coudre industrielle pendant 6 heures par jour, avec 15 minutes de pause ; elle posait des fermetures éclair, cousait des manches aux vestes et faisait d'autres travaux de couture ; elle disposait à son poste de travail d'une chaise d'où elle se levait ou s'asseyait selon le type de travail (longues

coutures, grandes pièces ou gros morceaux) ; la posture de travail était toujours la même, la machine ayant été lourde et ancrée dans un cadre (AI pce 94), - les évaluations de l'invalidité de l'assurée dans l'activité professionnelle en application de la méthode générale par l'OAIE ; l'évaluation du 26 octobre 2017 qui établit un taux d'invalidité de 29% tient compte d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité légère adaptée (AI pce 81) alors que l'évaluation du 5 septembre 2018, déterminant un taux d'invalidité de 37%, se fonde sur une capacité résiduelle de 70% (AI pce 100).

### **E. 10.1**

D'un point de vue médical, l'OAIE a basé sa décision du 11 avril 2019 attaquée sur les avis du Dr L. \_\_\_\_\_ de son service médical.

### **E. 10.2**

Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se baser uniquement ou principalement sur les prises de position du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose toutefois que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de la personne assurée (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références).

#### **E. 10.3.1**

En l'occurrence, dans la prise de position du 3 octobre 2017 (AI pce 78), le médecin de l'OAIE a retenu les diagnostics avancés par le Dr J. \_\_\_\_\_ de (...), de l'insuffisance et de la transplantation cardiaque, dans son rapport du 23 juin 2017 (AI pce 70), soit une dysfonction modérée du ventricule gauche d'étiologie ischémique, un infarctus aigu du myocarde antérieur en 2009, reperfusé par une angioplastie primaire avec stent conventionnel au niveau de l'aorte descendante et revascularisation complète, une insuffisance cardiaque chronique, du stade C selon l'ACC/AHA et de la classe fonctionnelle I-II selon la NYHA ainsi qu'un implant de défibrillateur bicaméral par la veine sous-clavière sans incidence. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a aussi repris les observations indiquées par le Dr K. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologique, dans son rapport du 9 août 2017 (AI pce 74), voire notamment, sur le plan orthopédique, une hernie discale L5-S1 droite, une ostéochondrose intervertébrale L5-S1 et une arthrose des facettes L3L4-L4L5-L5S1, respectivement comme diagnostics différentiels (I.DX) une spondyloarthrose lombaire, un syndrome des facettes lombaires postérieures et une lombalgie chronique. Au regard des atteintes cardiologiques et des altérations dégénératives de la colonne lombaire dont l'assurée souffre, le Dr L. \_\_\_\_\_ a ensuite décrit les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas porter de poids de plus de 5 à 7 kg, ne pas rester longtemps dans des positions contraignantes, faire des pauses occasionnelles de 10 minutes par heure, éviter le stress et un rythme de travail trop élevé ainsi que les environnements froids et humides (AI pce 78). De plus, si dans un premier temps (prises de position des 3 et 17 octobre 2017; AI pces 78 et 80), il avait attesté à partir du 25 août 2016 une incapacité de

travail de 60% dans l'activité habituelle, de 20% dans une activité adaptée et de 37% dans l'activité ménagère, il a ensuite encore considéré que le dossier médical faisait état d'une symptomatologie algique importante malgré l'absence de la poursuite d'une activité professionnelle et le suivi d'une thérapie continue et adéquate. Il a du reste aussi pris en compte les précisions de l'assurée s'agissant de sa dernière activité professionnelle (cf. explications du 1er juillet 2018; AI pce 94). Pour finir, il a retenu dans ses réponses des 24 juillet et 4 août 2018 que l'assurée présentait dès le 25 août 2016 une incapacité de travail de 70% dans l'activité habituelle, de 30% dans une activité adaptée et de 42% dans les tâches ménagères (AI pces 96 et 98).

### **E. 10.3.2**

Le Dr L. \_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation dans sa réponse du 11 janvier 2019 (AI pce 108). Il a précisé que la pose d'un défibrillateur n'empêchait pas l'exercice d'une activité professionnelle. De plus, il a avancé que les derniers documents médicaux de mars 2017 indiquaient une FEVG abaissée à 44% et une classe fonctionnelle II selon la NYHA ce qui n'impliquerait aucune gêne au repos ou lors de l'exercice d'une activité physique légère mais la survenance des symptômes, tels la dyspnée, lors d'efforts physiques importants. Il a aussi relevé que le 22 août 2017 (cf. la copie de l'ergométrie; AI pce 73), l'examen sous-effort montrait que le MET (Metabolic Equivalent of Task) était de 10.1, sans signe de décompensation et d'ischémie ce qui signifierait que l'assurée était apte à accomplir des efforts physiques tels à scier du bois, exercer une activité agricole, déblayer de la neige ou faire du ski de fond. De plus, le médecin de l'OAIE a donné des explications concernant les autres atteintes dont l'assurée souffre. Concrètement, il a exposé que : - l'hypothyroïdie traitée n'avait aucune influence sur la capacité de travail, - la cystocèle avec incontinence d'efforts permettait d'exercer un travail léger, sans effort physique, - le dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire à gauche n'avait aucune influence sur la poursuite d'un travail adapté, - l'hallux valgus et les orteils en marteau n'empêchait pas l'exercice d'une activité sédentaire, - la névralgie faciale à gauche n'avait pas non plus d'influence sur la capacité de travail, particulièrement en l'absence d'un rapport de la part d'un spécialiste qui se prononçait sur la gravité de l'atteinte et sur son traitement, - le trouble d'anxiété généralisée et l'insomnie chronique n'avaient pas été décrits dans les rapports médicaux versés en cause comme des troubles psychiques importants, - l'omalgie chronique à gauche ne réduisait pas non plus la capacité de travail si l'activité exercée était adaptée et n'impliquait pas de mouvements répétitifs au-dessus des épaules, - les troubles de la colonne vertébrale avaient été pris en compte lors de l'évaluation, - qu'enfin, le rapport médical du 9 août 2017 (du Dr K. \_\_\_\_\_; AI pce 74) qui avait retenu la plupart de ces diagnostics avait mentionné que l'assurée prenait du Paracétamol en cas de besoin, un antalgique qui n'est pas fort, ce qui confirmerait, selon le Dr L. \_\_\_\_\_, que l'assurée ne souffrait pas d'une symptomatologie algique chronique très accentuée ni d'un point de vue orthopédique ni d'un point de vue neurologique.

### **E. 10.3.3**

Dans sa réponse du 16 janvier 2018 (AI pce 90), le médecin de l'OAIE a encore considéré que le résultat de l'échocardiographie pratiquée en 2012 avait fait état d'une diminution de la fonctionnalité du ventricule gauche (FEVG) à 36% (cf. rapport médical détaillé E 213 du 25 août 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_; AI pce 38 p. 3), alors que, ultérieurement, le rapport du 27 novembre 2015 mentionnait une FEVG de 42% (rapport du Dr G. \_\_\_\_\_; AI pce 46) et qu'en mars 2017, la FEVG était de 44% (cf. rapport du 20 mars 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_[AI

pce 53] et rapport du 23 juin 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_ [AI pce 70]). Le Dr L. \_\_\_\_\_ concluait donc qu'aucune détérioration n'était survenue sur le plan cardiologique.

#### **E. 10.3.4**

L'OAIE a présenté les conclusions médicales en détail dans sa décision du 11 avril 2019 contestée (AI pce 109).

#### **E. 10.4.1**

Au regard de ce qui précède, le TAF remarque que le Dr L. \_\_\_\_\_ a fondé son appréciation s'agissant des atteintes principales de l'assurée sur des rapports de spécialistes, le Dr J. \_\_\_\_\_, de l'Unité cardiologique, et le Dr K. \_\_\_\_\_, orthopédiste. Ces médecins avaient fait état des antécédents, du traitement et des résultats de leurs examens (AI pces 70 et 74). Le Dr L. \_\_\_\_\_ a également considéré les résultats d'ergométries récentes qui ont été produits (voir copie des ergométries des 24 octobre 2016 et 22 août 2017; AI pces 55 et 73). Ces constats médicaux ne sont d'ailleurs pas contestés par les autres médecins, le Dr I. \_\_\_\_\_, de l'Unité cardiologique, et les Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, qui ont fait part d'observations similaires (rapports des 25 novembre 2015, 25 août et 2 décembre 2016, 20 mars et 18 avril 2017; AI pces 38 46, 53, 54 et 59). En outre, le Dr L. \_\_\_\_\_ a exposé en détail son évaluation des autres atteintes attestées par les médecins (cf. rapports des 25 novembre 2015, 20 mars et 18 avril 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_; AI pces 46, 53 et 59) et il a considéré les explications de l'assurée concernant son activité de couturière/opératrice de machine à coudre industrielle. Le TAF remarque dès lors que l'appréciation du médecin de l'OAIE s'avère complète, fondée sur un dossier médical incontesté, et qu'elle est dûment motivée. Elle bénéficie, partant, de la valeur probante (cf. consid. 7.2 et 10.2).

#### **E. 10.4.2**

Cela étant, le Tribunal de céans ne saurait suivre le Dr L. \_\_\_\_\_ s'agissant du début des incapacités de travail admises qu'il a fixé au 25 août 2016 lorsque le Dr H. \_\_\_\_\_ a établi le rapport médical détaillé E 213 (AI pce 38). En effet, ce médecin de l'INSS n'a pas tenu compte des altérations dégénératives de la colonne lombaire qui tout comme l'affection cardiologique ont justifié les limitations retenues par le médecin de l'OAIE ; le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a même pas mentionné les troubles orthopédiques. C'est le Dr G. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 novembre 2015, qui a été le premier à faire part de ces atteintes (AI pce 46). Faute d'informations médicales plus concrètes à ce sujet, il sied donc de retenir la date du 27 novembre 2015 comme début des incapacités de travail attestées. Cette nouvelle date ne met toutefois pas en doute la valeur probante des autres conclusions du médecin de l'OAIE.

#### **E. 10.5.1**

Il appartient à la recourante d'exposer les raisons pour lesquelles l'on ne saurait suivre l'avis du médecin de l'OAIE et d'apporter, le cas échéant, des preuves utiles. Le TAF a déjà exposé ce devoir de collaboration de la part de la personne assurée dans l'arrêt C-2552/2011 précédent (consid. 10.2.3 de l'arrêt).

#### **E. 10.5.2**

Or, la recourante qui soutient qu'elle ne peut plus exercer une activité quelconque s'est contentée d'avancer sa propre appréciation. Elle n'a notamment pas produit un nouvel avis médical qui mettrait en cause l'évaluation du Dr L. \_\_\_\_\_. De plus, l'OAIE a remarqué à juste titre que la maladie en tant que telle n'est pas assurée en Suisse même si elle est grave

comme en l'occurrence l'atteinte cardiologique dont la recourante souffre (cf. consid. 5.1). Plus encore, le TAF remarque qu'il n'est pas utile à l'assurée de se référer à une FEVG abaissée à 36% qui résultait d'un échocardiogramme pratiqué en 2012 (cf. rapport médical détaillé E 213 du 25 août 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_; AI pce 38 p. 3), alors que le Dr L. \_\_\_\_\_ a également considéré les valeurs récentes, 42% en 2014 et 44% en mars 2017, qui démontraient une situation meilleure (cf. consid. 10.3.3). De surcroît, le TAF avait déjà remarqué dans l'arrêt C-2552/2011 cité que la classe fonctionnelle II selon la NYHA (cf. consid. 8.2), retenue en l'espèce par le médecin de l'OAIE (cf. consid. 10.3.1), ne contrevenait pas à l'exercice d'une activité légère et adaptée. En effet, cette classe ne limite que modérément l'activité physique (cf. F. Delahaye, Recommandations de l'American College of Cardiology - American Heart Association sur l'insuffisance cardiaque, Réalités Cardiologiques, septembre 2013, p. 2, article consulté sur internet en janvier 2022). Par ailleurs, le Dr J. \_\_\_\_\_ avait, dans son rapport du 23 juin 2017, fait état d'une classe fonctionnelle I à II (AI pce 70), ce qui correspond à une situation plus favorable, la classe I ne provoquant aucune limitation de l'activité physique (cf. F. Delahaye, op. cit.). Le Dr I. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 2 décembre 2016, a également noté que l'assurée pouvait réaliser des efforts modérés (AI pces 54). Les critiques de la recourante s'avèrent donc infondées.

### **E. 10.5.3**

S'agissant des limitations fonctionnelles observées par la Dresse B. \_\_\_\_\_ dans le rapport médical détaillé E 213 du 16 septembre 2010 que la recourante a encore avancées - pas de travaux exposant l'assurée à des températures hautes ou basses, pas d'activités requérant le port respectivement le transport fréquents de charge ou qui nécessitent l'usage de rampes, d'escaliers ou d'échelles (cf. consid. 8.2) - le TAF remarque que celles-ci sont proches des limitations retenues par le Dr L. \_\_\_\_\_ lequel, de surcroît, a aussi tenu compte des limitations sur le plan orthopédique - ne pas porter de poids de plus de 5 à 7 kg, ne pas rester longtemps dans des positions contraignantes, faire des pauses occasionnelles de 10 minutes par heure, éviter le stress et un rythme de travail trop élevé ainsi que les environnements froids et humides (consid. 10.3.1 ci-dessus). Les limitations de la Dresse B. \_\_\_\_\_ peuvent par ailleurs compléter celles du Dr L. \_\_\_\_\_ dans la mesure où cette doctoresse avait évalué l'affection cardiologique dont l'assurée souffre et que le Tribunal les avait confirmées dans la cause C-2552/2011 (cf. consid. 8.2). Le TAF constate encore que les limitations notées par le Dr H. \_\_\_\_\_ qui dans le rapport médical détaillé E 213 du 25 août 2016 (AI pce 38) avait indiqué que l'assurée présentait en raison de l'affection cardiologique des limitations fonctionnelles sévères et que seules les activités qui ne nécessitaient pas une exigence physique, un rendement et une implication importante restaient exigibles, sont aussi très similaires à celles notées par le médecin de l'OAIE et ne les mettent donc pas non plus en doute. De même, la conclusion du Dr H. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'assurée ne pouvait dès lors plus exercer son ancienne activité d'opératrice de textile ne contredit pas celle du Dr L. \_\_\_\_\_ qui avait admis une capacité de travail résiduelle de 30%, très peu élevée. Au demeurant, l'OAIE a attesté dans la décision contestée que ce métier n'était donc plus exigible (AI pce 109).

### **E. 10.5.4**

Plus encore, le TAF est d'avis que les limitations observées ci-dessus n'excluent pas la poursuite d'une activité (professionnelle) légère et adaptée contrairement à ce que prétend la recourante. En effet, dans l'arrêt C-2552/2011 précédent, le Tribunal avait déjà remarqué

que la loi (cf. art. 7 al. 1 et 16 LPGA; consid. 5.1 et 11.2.2) tenait compte d'un marché du travail équilibré, une notion théorique et abstraite (cf. consid. 8.2), qui offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 et références). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre. De plus, la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain n'est pas subordonnée à des exigences excessives (ATF 138 V 457 consid. 3.1; TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3; 9C\_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5). En conséquence, le Tribunal fédéral a jugé qu'un marché équilibré du travail est sans conteste en mesure d'offrir la possibilité de poursuivre - comme en l'espèce certifié par le médecin de l'OAIE - des activités légères et exercées dans des positions alternées (TF 8C\_606/2012 du 3 décembre 2012 consid. 3.5). Ceci est également vrai pour des activités effectuées à l'abri du froid et de l'humidité, qui n'impliquent pas l'utilisation de rampes, escaliers ou échelles et qui ne sont pas soumises au stress et à un rythme de travail trop élevé. Selon la jurisprudence, restent par ailleurs exigibles des activités ou des postes de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites "de niche" (TF 8C\_772/2020 cité consid. 3.3; 8C\_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1). Au demeurant, le TAF avait précisé dans l'arrêt C-2552/2011 que le manque de connaissances de l'assurée qui l'empêcherait de travailler devant un écran de vidéo - tel qu'attesté par la Dresse B.\_\_\_\_\_ (AI pce 8 p. 9) que la recourante a encore citée - n'est pas déterminant puisqu'il s'agit d'un motif étranger à l'invalidité (cf. consid. 8.2 ci-dessus). Le Tribunal ne saurait donc suivre les arguments de la recourante.

### **E. 10.5.5**

En outre, l'âge n'est de règle générale pas non plus déterminant pour l'évaluation de l'invalidité. Par contre, si la personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite suisse (cf. art. 21 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS; RS 8310.10]), respectivement si elle a environ 60 ans (TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2018 consid. 5.2) au moment où il a été constaté avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4) et qu'elle présente des obstacles importants qui l'empêchent de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré, ce que la jurisprudence n'admet que d'une manière restrictive (cf. TF 8C\_96/2012 du 9 mai 2012 consid. 7), il convient de procéder à une analyse de la situation dans son ensemble et de se demander si, de manière réaliste la personne assurée est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle (notamment : TF 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). Ces conditions ne sont pas réunies en l'occurrence. En effet l'assurée, née le (...) 1959, n'avait pas encore atteint 60 ans lorsque sa capacité de travail résiduelle avait été établie par le Dr L.\_\_\_\_\_ les 3 et 17 octobre 2017, respectivement les 24 juillet et 4 août 2018 (cf. consid. 10.3.1 ci-dessus). De plus, l'assurée peut toujours exercer des activités adaptées à 70% et elle bénéficie, de surcroît, des expériences professionnelles variées puisqu'elle avait aussi travaillé en tant que femme de chambre, nettoyeuse, employée de maison et ouvrière dans une fabrique de pièces de métal ce qui devrait favoriser la recherche d'un travail adapté à ses limitations (cf. arrêt C-2552/2011

cité, let. A des faits; voir à titre d'exemple : TF 8C\_330/2015 du 19 août 2015 consid. 3.2; 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2; I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4).

#### **E. 10.5.6**

Par ailleurs, le Tribunal avait déjà rappelé dans l'arrêt C-2552/2011 (consid. 10.1 de l'arrêt) que l'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjuge pas la détermination de l'invalidité selon la loi suisse (consid. 3.3 ci-dessus). Dès lors, quoiqu'en dise la recourante, il n'est pas pertinent que la sécurité sociale espagnole lui ait reconnu une pension pour cause d'incapacité permanente et, désormais, absolue (AI pce 47), les décisions de la sécurité sociale espagnole ne liant pas l'assurance-invalidité suisse.

#### **E. 10.5.7**

Enfin, il incombe à la personne assurée de tout mettre en oeuvre afin de diminuer les conséquences de son invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; Ulrich Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse, Berne 1985, p. 131). Par conséquent, si l'assurée ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, elle est tenue de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités. Le Tribunal a déjà exposé cette obligation dans l'arrêt C-2552/2011 (consid. 10.1 de l'arrêt).

#### **E. 10.6.1**

En conclusion, les griefs de la recourante s'avèrent infondés (consid. 10.5). Le TAF retient alors qu'il est établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.3) que l'assurée souffre principalement d'atteintes cardiologiques et d'altérations dégénératives de la colonne lombaire qui causent les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas porter de poids de plus de 5 à 7 kg, ne pas rester longtemps dans des positions contraignantes, faire des pauses occasionnelles de 10 minutes par heure, éviter le stress et un rythme de travail trop élevé, ne pas utiliser de rampes, escaliers ou échelles. Sur le plan professionnel, l'assurée présente dès le 27 novembre 2015 (cf. consid. 10.4.2) dans l'activité habituelle une capacité de travail résiduelle de 30% ; cette activité n'est donc plus exigible (consid. 10.5.3). Par contre, dans une activité légère et adaptée aux limitations décrites, la capacité de travail résiduelle de l'assurée est de 70% (cf. consid. 10.3.1 et 10.4.1). S'agissant de l'incapacité de 42% dans les tâches ménagères que le médecin de l'OAIE a encore attestée, le TAF se prononcera ci-dessous.

#### **E. 10.6.2**

Finalement, en comparant les situations prévalant le 14 mai 2011 (consid. 8.4) et le 11 avril 2019 (cf. consid. ci-dessus), il est incontesté qu'une aggravation de l'état de santé est survenue, l'assurée souffre désormais également à titre principal d'altérations dégénératives de la colonne lombaire qui justifient des incapacités de travail supplémentaires. Cette aggravation constitue un motif de révision déterminant au sens de la loi (cf. consid. 6.2).

#### **E. 11.1**

Il sied encore d'examiner si le motif de révision constaté ouvre à la recourante un droit à une rente d'invalidité. Pour ce faire, son taux d'invalidité doit être fixé.

#### **E. 11.2.1**

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes, la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte.

Leur application dépend du statut de la bénéficiaire potentielle de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. notamment : TF 9C\_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2; 9C\_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2; 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2).

#### **E. 11.2.2**

S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité est calculé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est alors comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; cf. art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2007 5129; FF 2005 4215]). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment : ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

#### **E. 11.2.3**

Selon l'art. 28a al. 2 LAI, dans sa version pertinente jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), l'invalidité de la personne assurée qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteinte dans sa santé et de laquelle on ne peut raisonnablement exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels, tels les tâches ménagères (cf. consid. 5.1). Il s'agit de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. On compare les activités que la personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspond alors à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Pratiquement, l'évaluation repose de règle générale sur une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2002 3721]) qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux (TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2; 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2; 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, l'appréciation des limitations intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS; cf. ch. 3087 du Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance, CIIAI). S'agissant de l'appréciation de l'incapacité d'une personne assurée résidant à l'étranger l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger, l'évaluation de l'invalidité soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié. Encore faut-il que le praticien mandaté se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (TF I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; notamment : TAF C-4872/2017 du 10 octobre 2019 consid. 6.3.3 et références).

#### **E. 11.2.4**

L'art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215) décrit la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité qui s'applique notamment lorsque la personne assurée exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels. Le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité selon les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI cités ci-dessus et l'invalidité globale est

déterminée selon les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, pondérée en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (ATF 141 V 15 consid. 4.5; 137 V 334 consid. 3.1). Depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016, l'application de la méthode mixte est restreinte lorsqu'une rente est supprimée ou réduite dans le cadre d'une révision suite à un changement de statut du ou de la bénéficiaire potentiel-le de la rente (ATF 144 I 28 consid. 4.2 s. et références; TF 9C\_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3) mais toujours déterminante dans les autres situations comme dans le cas concret (cf. TF 8C\_633/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3; 8C\_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.2). Le Conseil fédéral a, du reste, élaboré un nouveau mode de calcul et modifié le règlement sur l'assurance-invalidité en conséquence, avec effet au 1er janvier 2018 (cf. art. 27bis al. 2 à 4 RAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2017 7581]). Cela étant, l'invalidité ne peut être évaluée selon la nouvelle méthode mixte qu'à partir de sa date d'entrée en vigueur (TF 8C\_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.3 et 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

### **E. 11.2.5**

S'agissant de l'évaluation de l'invalidité des personnes qui ont décidé de leur propre gré de réduire leur horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre leur formation (ou leur perfectionnement professionnel), ou si le marché du travail ne leur permettait pas d'avoir une activité à plein temps, la jurisprudence a précisé qu'il faut appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus et que la méthode mixte n'a pas à intervenir (cf. ATF 142 V 290 consid. 7; 135 V 58 consid. 3.4.1; 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2; voir TF 9C\_615/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.4 pour l'étude des langues; 9C\_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1 pour les activités sportives).

### **E. 11.3**

En l'espèce, tout comme lors de la première décision du 14 mars 2011 que le TAF avait examinée par arrêt C-2552/2011 (cf. consid. 8.3), l'OAIE a considéré que l'assurée aurait exercé sans invalidité une activité professionnelle à 75% (cf. AI pce 17) et que le temps restant de 25% aurait été consacré au ménage. Cette situation reste incontestée. En conséquence, le taux d'invalidité de la recourante doit être déterminé selon la méthode mixte (consid. 11.2.4).

### **E. 11.4.1**

Concernant l'invalidité dans l'activité professionnelle, les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par la personne assurée avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du revenu sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1; pour le revenu avec invalidité : ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, à défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques. Pour le marché du travail suisse il s'agit des enquêtes sur la structure des salaires (ESS; ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TF 9C\_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1 s.; 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Par ailleurs, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. En outre, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même

moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1; 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2; TF 8C\_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.2). Enfin, l'autorité se fonde sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4; TF 9C\_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

#### **E. 11.4.2**

Lors de l'évaluation de l'invalidité du 5 septembre 2018 (AI pce 100), l'OAIE s'est basé sur les données statistiques suisses (ESS) afin de déterminer les revenus sans et avec invalidité puisque l'assurée n'avait pas repris une activité professionnelle suite à son invalidité et qu'il sied de se fonder sur un même marché du travail. En effet, les niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre et, partant, ne permettent pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2; 110 V 273 consid. 4b; TF 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1). L'OAIE a, en outre, pris en compte les données de l'année 2012. Le TAF préfère toutefois se référer à l'année 2016 puisque le droit à la rente peut en l'espèce naître, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. consid. 5.2), le 1er décembre 2016, six mois après le dépôt de la nouvelle demande de prestations de l'assurée du 17 juin 2016 (AI pce 40). A ce moment-là, le délai d'attente d'une année, qu'il sied encore d'observer aux termes de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (consid. 5.2), venait d'écouler depuis le début de l'incapacité de travail admise dès le 27 novembre 2015 (cf. consid. 10.6.1).

#### **E. 11.4.3**

Pour le revenu sans invalidité, l'OAIE a ensuite tenu compte du salaire mensuel brut qu'une salariée pouvait obtenir dans la branche des industries du textile et de l'habillement (13-15) dans laquelle l'assurée travaillait dernièrement. Il s'élevait selon la table TA1 de l'ESS 2016, différenciée selon le niveau de compétences, pertinente (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.2.2), pour le niveau de compétence 1, regroupant les tâches physiques ou manuelles simples, à 4'213 francs pour 40 heures/semaine, respectivement à 4'392.05 francs pour 41.7 heures/semaine usuelles dans cette branche (cf. ATF 126 V 75 consid. 3b/bb).

#### **E. 11.4.4**

Le revenu avec invalidité a été déterminé par l'OAIE sur la base du secteur de services (45-96). L'Office ne s'est pas expliqué à ce sujet. Or, en vertu de la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa; 142 V 178 consid. 2.5), le Tribunal estime qu'il sied de se baser sur le « Total » des secteurs de production et de services qui recouvre un marché de travail plus grand et offre un plus large éventail d'activités adaptées aux limitations de l'assurée ; aucun élément au dossier n'indiquerait du reste que l'assurée ne pourrait exploiter sa capacité de travail résiduelle que dans le secteur de service (notamment : TF 8C\_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). En 2016, le salaire mensuel brut d'une salariée exerçant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1), se montait pour le total des secteurs considérés à 4'363 francs pour 40 heures/semaine, respectivement à 4'548.43 francs pour 41.7 heures/semaine usuelles. L'OAIE a ensuite pratiqué un abattement de 20% afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, en particulier le taux d'exigibilité des activités de substitution (70%), les limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé, l'âge (57 ans en 2016) et le manque de formation. L'abattement permet de tenir compte des

circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer les possibilités de l'assurée invalide de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et elle ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3; 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b; 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). Le TAF, lors de son examen qui vise également l'opportunité de la décision attaquée (cf. consid. 2.1 ci-dessus), doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'Office AI et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent. Cependant, il ne substituera pas sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2; TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4; 9C\_481/2017 du 1er décembre 2017 consid. 3.2). En l'occurrence, le Tribunal estime que l'abattement de 20% pratiqué par l'OAIE est justifié pour les différentes raisons avancées par l'Office. Il en résulte un revenu de 3'638.74 francs. Enfin, il sied de tenir compte d'un taux d'activité de 70%. Le revenu d'invalide obtenu est, partant, de 2'547.12 francs.

#### **E. 11.4.5**

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 1'844.93 francs (4'392.05 francs - 2'547.12 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 42% (1'844.93 francs / 4'392.05 francs x 100%).

#### **E. 11.5**

S'agissant de l'invalidité dans les tâches domestiques, l'OAIE s'est fondé sur l'évaluation du Dr L.\_\_\_\_\_ des 24 juillet et 4 août 2018 qui a déterminé un degré de 42% (AI pces 96 et 98). Concrètement, par le biais du tableau de l'OFAS déterminant (cf. consid. 11.2.3), le Dr L.\_\_\_\_\_ a fait état des incapacités et invalidités suivantes (AI pce 96 p. 2) :  
Activité Pondération Incapacité Invalidité max. choix 1. Alimentation 50% 40% 20% 8% (20 x 40 / 100) 2. Entretien du logement / maison et garde des animaux domestiques 40% 30% 60% 18% 3. Achat et courses diverses 10% 10% 40% 4% 4. Lessive et entretien des vêtements 20% 20% 60% 12% 5. Soins aux enfants et aux proches 50% 0 0 0 Total 100% 42%  
Le Tribunal peut faire sienne cette évaluation qui paraît convaincante au regard du ménage de l'assurée qui est composé de deux personnes adultes vivant dans un logement de 5 pièces (AI pce 71 p. 6). De plus, elle tient compte des limitations fonctionnelles retenues (cf. consid. 10.6.1), soit ne pas porter de poids de plus de 5 à 7 kg, ne pas rester longtemps dans des positions contraignantes, faire des pauses occasionnelles de 10 minutes par heure, éviter le stress et un rythme de travail trop élevé, ne pas utiliser de rampes, escaliers ou échelles. Dans le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, reçu le 11 septembre 2017 (AI pce 71 pp. 6 ss), l'assurée avait par ailleurs confirmé qu'elle ne pouvait plus effectuer les travaux impliquant de l'effort et concrètement, elle a notamment noté qu'elle ne pouvait pas passer l'aspirateur, faire les lits, nettoyer les vitres, faire les achats, repasser le linge ainsi qu'elle recourait à l'aide d'un membre de sa famille en cas de besoin. Ces limitations décrites par l'assurée corroborent l'évaluation du Dr L.\_\_\_\_\_. Partant, le Tribunal peut retenir que le taux d'invalidité dans les activités ménagères s'élève à 42%.

#### **E. 11.6**

Le calcul du taux d'invalidité total, selon la méthode mixte (consid. 11.3, 11.4.6 et 11.5), fait ensuite apparaître un degré de 42% : Activité Quote-part Limitation Invalidité Profession 75% 42% 31,5% Ménage 25% 42% 10,5% Taux d'invalidité 42% Au regard de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version déterminante jusqu'au 31 décembre 2021, un taux d'invalidité de 42% donne droit à un quart de rente (cf. consid. 5.4). Ce droit est né le 1er décembre 2016 (cf. consid. 10.4.3). Au demeurant, conformément à la let. c des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (développement continue de l'AI; voir consid. 3.1), la rente de l'assurée qui avait à l'entrée en vigueur de ces modifications plus de 55 ans n'est pas adaptée aux nouvelles dispositions, l'ancien droit restant applicable.

#### **E. 12**

En conclusion, le recours de l'assurée est admis et la décision attaquée du 11 avril 2019 annulée. La recourante a droit à un quart de rente dès le 1er décembre 2016. Le dossier est renvoyé à l'OAIE afin qu'il détermine la rente à verser et rende une décision à ce sujet.

#### **E. 13**

Il n'est pas perçu de frais de procédure puisque la recourante a obtenu gain de cause (cf. art. 63 al. 1 et 3 PA). Dès lors, le montant de 838 francs que celle-ci a avancé (TAF pces 2 à 7) lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA). Les art. 64 PA et 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés, tels les frais de représentation (cf. art. 8 ss FITAF). En l'occurrence, l'avocat n'a pas fait parvenir au Tribunal un décompte de ses prestations (cf. art. 14 al. 1 FITAF). Ses frais sont donc fixés, selon l'appréciation du Tribunal, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Eu égard à ce qui précède, il se justifie d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à 2'000 francs à charge de l'OAIE (cf. art. 64 al. 2 PA; art. 9 al. 1 et 10 al. 2 FITAF). Le dispositif se trouve à la page suivante.

#### **E. 19**

septembre 2019; TAF pce 9 annexe). Retournée vivre en Espagne, elle a été employée en dernier lieu comme couturière/opératrice de machine à coudre industrielle pour un taux de 75% (questionnaire à l'employeur reçu le 3 janvier 2011; AI pce 17 pp. 1 à 2). L'assurée qui souffre d'une cardiopathie ischémique a été victime d'un infarctus du myocarde le 23 décembre 2009 (cf. rapport médical du 29 décembre 2009; AI pce 15). Elle a perçu des prestations de l'assurance perte de gain espagnole et, dès le 4 octobre 2010, elle a touché une rente pour cause d'incapacité permanente totale (cf. actes de la sécurité sociale espagnole des 6 et 12 août 2010 [AI pce 1 p. 1 et pce 2], projet du 1er octobre 2010 [AI pce 21], E 204 du 6 octobre 2010 [AI pce 10]). Le 13 septembre 2010, l'assurée a déposé par le biais de l'institut national de la sécurité sociale espagnole (ci-après : INSS; AI pce 10) une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après : OAIE). Celui-ci, après instruction du dossier, a rejeté la demande de prestations par décision du 14 mars 2011 (AI pce 24). L'assurée a interjeté recours (AI pce 26 pp. 3 ss) contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) lequel, par arrêt C-2552/2011 du 18 janvier 2012, a confirmé

la décision attaquée et rejeté le recours (AI pce 32). Par arrêt 9C\_175/2012 du 12 mars 2012, le Tribunal fédéral a déclaré le recours de l'assurée (AI pce 33) contre l'arrêt du TAF irrecevable puisque sa motivation ne répondait pas aux exigences légales (AI pce 36). B. B.a Le 17 juin 2016, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAIE (E 2014 du 25 août 2016; AI pce 40). Le médecin de l'OAIE a été invité à se prononcer (prise de position du 3 novembre 2016; AI pce 44) et par projet de décision du 11 novembre 2016 (AI pce 45), l'OAIE a informé l'assurée qu'il estimait que la nouvelle demande de prestations ne pouvait pas être examinée. Il a alors invoqué l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité. L'assurée s'est

C-2400/2019 Page 3 opposée à ce projet de décision et a fait valoir une aggravation de son état de santé (AI pces 46 à 48). L'OAIE a repris l'instruction (cf. réponse du médecin de l'OAIE du 30 décembre 2016 et courrier du 13 janvier 2017; AI pces 50 et 51) et des rapports cardiologique et rhumatologique ainsi que les résultats d'ergométries récentes ont été produits. Après les prises de position des 3 et 17 octobre 2017 du médecin de l'OAIE (AI pces 78 et 80) qui a aussi évalué l'invalidité dans les tâches ménagères, l'invalidité dans l'activité professionnelle a été déterminée (évaluation du 26 octobre 2017; AI pce 81). Par projet de décision du 6 novembre 2017 (AI pce 82), qui a annulé et remplacé le projet de décision antérieur, l'OAIE a indiqué à l'assurée qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations (AI pce 82). Il a exposé qu'il existait une atteinte à la santé causant à partir du 25 août 2016 une incapacité de travail de 60% dans la dernière activité professionnelle exercée, mais que l'incapacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles aurait été de 20%, avec une diminution de la capacité de gain de 29%. De plus, l'incapacité dans l'accomplissement des travaux habituels aurait été de 37%. Le taux d'invalidité de 31% résultant serait insuffisant pour ouvrir droit à une rente. L'assurée s'est opposée à ce projet (AI pces 84 à 86). L'OAIE a poursuivi l'instruction. Il a demandé à l'assurée des informations s'agissant de son ancienne activité professionnelle (réponse de l'assurée du 1er juillet 2018; AI pce 94) et le médecin de l'OAIE a précisé son appréciation (réponses des 24 juillet et 4 août 2018; AI pces 96 et 98). L'OAIE a encore évalué l'invalidité dans l'activité professionnelle (évaluation du 5 septembre 2018; AI pce 100). Par nouveau projet de décision du 15 octobre 2018 (AI pce 101) qui a annulé et remplacé le projet précédent, l'OAIE a remarqué à l'attention de l'assurée qu'il pensait rejeter la demande de prestations. Il a maintenu qu'il existait une atteinte à la santé causant à partir du 25 août 2016 des incapacités de travail dans la dernière activité exercée (70%) ainsi que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (30%, avec une diminution de la capacité de gain de 37%) et dans le ménage (42%). Le taux d'invalidité de 38% ne donnerait pas droit à une rente (AI pce 101). B.b L'assurée a formé recours contre ce nouveau projet de décision (AI pce 106). Par arrêt C-6461/2018 du 6 décembre 2018 (AI pce 105), le TAF a déclaré ce recours irrecevable et il a transmis l'écriture du 8 novembre 2018 de l'assurée à l'OAIE comme objet de sa compétence

C-2400/2019 Page 4 afin qu'il poursuive l'instruction de la demande de prestations et rende une décision sujette à recours (cf. ch. 1 et 2 du dispositif de l'arrêt). L'OAIE a invité son médecin à se déterminer sur les critiques de l'assurée (réponse du médecin de l'OAIE du 11 janvier 2019; AI pce 108) et par décision du 11 avril 2019 (AI pce 109), il a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a en détail pris position sur les arguments avancés par celle-ci. C. Le 13 mai 2019 (timbre postal; TAF pce 1 annexe), l'assurée a interjeté recours contre cette décision de l'OAIE auprès du Tribunal de céans et a conclu à l'octroi

d'une rente d'invalidité (TAF pce 1). Elle a avancé en substance que son atteinte cardiologique qui a nécessité la pose d'un défibrillateur automatique pour la prévenir d'une mort subite impliquerait des limitations importantes et exclurait l'exercice de toute activité quelconque. De plus, elle souffrirait d'autres affections encore et devrait suivre des contrôles médicaux et traitements médicamenteux. Elle a aussi souligné qu'en raison de ses pathologies importantes elle touchait en Espagne une pension pour incapacité permanente et absolue. Dans sa réponse du 30 septembre 2019, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 9). Par réplique du 25 octobre 2019 (TAF pce 12) et duplique du 4 décembre 2019 (TAF pce 14), les parties ont maintenu leurs positions.

Droit : 1. Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) ainsi que dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA). De plus, l'avance sur les frais de procédure présumés de

C-2400/2019 Page 5 800 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA) ; au total, un montant de 838 francs a été versé (788 francs + 50 francs; TAF pces 2 à 7). 2. 2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen. 2.2 Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e édition 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e édition 2015, p. 243). Toutefois, 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; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e édition 2013, p. 25 n. 1.55). 3. 3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui 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 du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Ainsi, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), ne sont pas pertinentes dans le cas concret, sauf indications contraires (voir consid. 11.6), et les anciennes versions des dispositions légales concernées seront citées ci-après. 3.2 Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en

l'espèce, jusqu'au 11 avril 2019. Les faits

C-2400/2019 Page 6 survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b). 3.3 L'affaire présente un aspect d'extranéité dans la mesure où la recourante espagnole a été assurée de nombreuses années en Suisse et en Espagne (AI pce 39 et TAF pce 9 annexe). 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 4. En l'occurrence est litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la deuxième demande de prestations de l'assurée qui réclame une rente d'invalidité. Il est par ailleurs constant que la recourante a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant de nombreuses années en Suisse et en Espagne (AI pce 39 et TAF pce 9 annexe) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente conformément à

C-2400/2019 Page 7 l'art. 36 al. 1 LAI (voir aussi cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi. 5. 5.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés

invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels, tels les tâches domestiques (cf. art. 8 al. 3, 1ère phrase, LPGA et art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201], dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 [RO 2003 3859], respectivement jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2017 7581]). Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (1ère phrase). En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA; cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase, LPGA). 5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité

C-2400/2019 Page 8 d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). De plus, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité 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 son 18e anniversaire. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 5.3 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes (cf. consid. 11.2 ss ci-dessous). 5.4 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un de ces pays (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). 6. 6.1 S'agissant en l'espèce de l'examen à effectuer par le Tribunal de céans il est rappelé que la première demande de prestations de l'assurée a été rejetée par la décision du 14 mars 2011 de l'OAIE (AI pce 24) que le Tribunal a confirmée par arrêt C-2552/2011 cité (AI pce 32). Le recours formé contre cet arrêt a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral (AI pce 33). L'arrêt du TAF est donc entré en force de chose jugée

C-2400/2019 Page 9 (cf. KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts- pflege des Bundes*, 3e édition 2013, n° 1194, p. 415). Il s'est substitué à la décision du 14 mars 2011, en la confirmant (cf. JÉRÔME CANDRIAN, *op. cit.*, n° 147 p. 91; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *op. cit.*, n°3.189 ss pp. 224 s.), et il limite l'examen de la nouvelle demande de prestations de l'assurée. 6.2 En effet, selon la

jurisprudence, lorsque l'administration – comme en l'occurrence – entre en matière sur une nouvelle demande de prestations et examine l'affaire au fond, elle doit analyser si une modification du degré d'invalidité est intervenue. Elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 130 V 64 consid. 2; 117 V 198 consid. 3a; notamment : arrêts du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 2; I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1; 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2). La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou sur la capacité d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 134 V 131 consid. 3; 133 V 545 consid. 6.1; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31, n° 11 ss pp. 498 ss). Toutefois, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 137 V 210 consid. 3.4.2.3; 115 V 308 consid. 4a/bb; TF 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2; 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 755/04 cité consid. 5.1; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31, n° 11).

C-2400/2019 Page 10 6.3 6.3.1 Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ forme la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (pour autant qu'il existait des indices selon lesquels la capacité de travail résiduelle était modifiée). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références). 6.3.2 En l'espèce, il est constant que le dernier examen matériel du droit à la rente de la recourante, tel que décrit ci-dessus, a été effectué par l'arrêt C-2552/2011 précédent du TAF. L'état de fait alors jugé, limité au 14 mars 2011 lorsque la décision de l'OAIE contestée a été rendue (cf. consid. 3.2), forme le point de départ temporel du présent examen à pratiquer. Dès lors, le Tribunal examinera le bienfondé de la décision attaquée du 11 avril 2019 (AI pce 109) en se prononçant sur les questions de savoir si la recourante a subi une modification notable de sa situation depuis le 14 mars 2011 et si cette modification est propre à influencer sur son droit à une rente d'invalidité. Concrètement, dans un premier temps, le TAF déterminera la situation prévalant le 14 mars 2011 (cf. consid. 8). Il examinera ensuite celle du 11 avril 2019 (consid. 9 à 10) pour la comparer à la situation antérieure (consid. 10.6.2). 7. 7.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) – aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) – l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin

(PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'occurrence (cf. consid. 4 ci-dessus) – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non

C-2400/2019 Page 11 médicale (cf. consid. 5.1). 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). Toutefois, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, le cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2). 7.2 L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 33). 7.3 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder 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 ; 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 (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

C-2400/2019 Page 12 8. 8.1 Au regard du consid. 6.3.2 ci-dessus, il sied de décrire la situation déterminante au 14 mars 2011 telle que retenue par le TAF dans son arrêt C-2552/2011 cité (TAF pce 32). 8.2 Sur le volet médical, le Tribunal constate qu'il avait alors été établi que l'assurée souffrait, d'après la Dresse B. \_\_\_\_\_ de l'INSS (rapport médical détaillé E 213 du 16 septembre 2010; AI pce 8), d'une cardiopathie ischémique chronique avec altération de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) de 35% et d'une coronaropathie d'un vaisseau traité par stent en décembre 2009, respectivement, selon le Dr C. \_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE (cf. prise de position du 23 janvier 2011; AI pce 19), d'une affection cardiaque, traitée par une opération au cœur fin 2009 (cf. consid. 10.2.1 et 10.2.2 de l'arrêt C-2552/2011). De plus, le TAF avait admis, compte tenu des avis

concordants des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, que l'assurée pouvait toujours exercer une activité de substitution légère à plein temps. Le Tribunal avait en particulier considéré que cet avis était compatible avec les évaluations des Drs D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, spécialistes de cardiologie (cf. rapports des

#### **E. 24**

mai et 24 juin 2010; AI pces 3 et 4), qui ont fait part, à l'instar de la Dresse B.\_\_\_\_\_, de la classe fonctionnelle II selon la NYHA (New York Heart Association) – ce qui correspond à une insuffisance cardiaque asymptomatique au repos mais devenant manifeste après un grand effort physique (cf. OTTO M. HESS, Insuffisance cardiaque : définition, étiologies et classification, in Forum Med Suisse n° 48 du 26 novembre 2003, p. 1158, consulté sur internet le 15 décembre 2011) – même si ces médecins ont également indiqué, dans un premier temps, une altération modérée de la FEVG de 38% (AI pce 4), et un mois plus tard, une détérioration, soit une FEVG de 35% avec altération systolique sévère du ventricule gauche (AI pce 3; consid. 10.2.3 de l'arrêt C-2552/2011). Le Tribunal avait aussi remarqué que le marché équilibré du travail lequel est une notion théorique et abstraite et qui implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, contenait un nombre de poste suffisant, léger et respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée, telles que mentionnées par la Dresse B.\_\_\_\_\_ de l'INSS, à savoir, pas de travaux exposant l'assurée à des températures hautes ou basses, pas d'activités requérant le port respectivement le transport fréquents de charge ou qui nécessitent l'usage C-2400/2019 Page 13 de rampes, d'escaliers ou d'échelles. Enfin, le TAF avait aussi considéré que la Dresse B.\_\_\_\_\_ avait estimé que l'assurée ne pouvait pas travailler devant un écran de vidéo puisqu'elle ne disposait pas de connaissances nécessaires mais que ce manque de connaissances était un motif étranger à l'invalidité et qu'il était dès lors par déterminant (cf. consid. 10.2.4 de l'arrêt C-2552/2011). Le Tribunal de céans a par ailleurs laissé ouvert le point de savoir si l'activité habituelle de couturière/ouvrière sur machine de textile était toujours exigible de la part de l'assurée puisque même en se ralliant à l'avis médical le plus favorable et en retenant les paramètres les plus avantageux, l'assurée ne présentait pas un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à une rente (consid. 10.3 et 10.3.1 de l'arrêt C-2552/2011). 8.3 En effet, sur le volet économique, le Tribunal avait constaté que le taux d'invalidité devait être déterminé selon la méthode mixte puisque la recourante avait avant l'atteinte à la santé travaillé à temps partiel (questionnaire pour l'employeur reçu le 3 janvier 2011; AI pce 17). Concernant l'activité professionnelle, les revenus sans et avec invalidité à comparer avaient été fixés sur la base de l'année 2010 et les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). En outre, le salaire d'invalidité a été réduit de 20% pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas d'espèce. Le préjudice économique s'élevait alors à 12.58%, respectivement à 9.44% relatif à une activité exercée à 75%. Le Tribunal n'avait pas déterminé concrètement les limitations dans l'activité ménagère, exercée à 25%, ayant remarqué que même si l'on retenait à titre hypothétique une invalidité totale, il en apparaissait un taux d'invalidité de 25% ( $100\% \times 0.25\% = 25\%$ ) et que l'assurée ne parvenait pas à un taux global d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à une rente ( $9.44\% + 25\% = 34.44\%$ ; consid. 10.3.2 et 10.3.3 de l'arrêt C-2552/2011). 8.4 Pour conclure, le Tribunal avait établi que l'assurée souffrait d'une affection cardiaque mais qu'elle pouvait poursuivre à plein temps une activité

professionnelle légère et adaptée aux limitations retenues par le médecin de l'INSS (consid. 8.2). Le taux d'invalidité déterminé selon la méthode mixte n'était pas suffisant pour ouvrir droit à une rente (consid. 8.3).

C-2400/2019 Page 14 9. 9.1 Il sied d'examiner la situation au 11 avril 2019 lorsque la décision querellée a été rendue (cf. consid. 6.3.2). L'OAIE disposait des nouveaux documents qui ont été versés en cause suite à la deuxième demande de prestations de l'assurée du 17 juin 2016. 9.2 Sur le plan médical, les nouvelles pièces suivantes ont été produites : – les résultats du 27 avril 2012 de l'ergométrie, signés du Dr F. \_\_\_\_\_ (AI pce 56), – le rapport du 27 novembre 2015 du Dr G. \_\_\_\_\_ lequel fait état 1) d'une cardiopathie ischémique (2002) avec infarctus aigu du myocarde en 2009 et implant d'un défibrillateur automatique contre le risque d'arythmie grave, 2) d'une insuffisance cardiaque, classe fonctionnelle II selon la NYHA, une FEVG de 42%, un ventricule gauche (VI) non dilaté et une insuffisance mitrale (IM) légère, 3) d'une hyperthyroïdie, 4) d'une endométriose avec annexectomie gauche et cystectomie ovarienne droite, 5) d'une constipation, 6) des hémorroïdes internes, 7) d'un cystocèle avec incontinence urinaire à l'effort, 8) d'un dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire gauche, 9) d'un hallux valgus et des orteils en marteau au pied gauche, 10) d'une névralgie hémifaciale gauche, 11) d'un trouble anxieux généralisé et d'une insomnie chronique, 12) d'une omalgie chronique du côté gauche, selon l'IRM, une proéminence de l'articulation acromio-claviculaire sur la zone du tendon sus-épineux compatible avec un syndrome de compression ou un piégeage et 13) d'une dorsolombalgie mécanique chronique avec scoliose dorsale, arthrose dorsolombaire, hernie discale opérée chirurgicalement et selon CT-scan, une diminution discrète du diamètre du foramen droit de D9-D10, pas de signes visibles d'hernie discale, changements dégénératifs discrets dans les articulations inter-apophysaires ; ce médecin liste également les médicaments prescrits contre l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance de la fonction thyroïdienne, les acides gastriques et l'hypercholestérolémie ainsi que des antidouleurs et un traitement de l'anxiété et de la tension (AI pce 46), – le rapport médical détaillé E 213 du 25 août 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_ lequel avait indiqué sous les diagnostics une cardiopathie ischémique, une coronaropathie d'un vaisseau, un infarctus

C-2400/2019 Page 15 transmural aigu du myocarde et une revascularisation percutanée avec stent à élution médicamenteuse au niveau de l'aorte descendante proximale, la classe fonctionnelle II-III selon la NYHA, une FEVG de 36% (échocardiogramme 2012) et une implantation d'un défibrillateur avec surveillance à domicile ; ce médecin souligne le risque grave d'arythmie ventriculaire et atteste des limitations fonctionnelles sévères ; il conclut que seules les activités qui ne nécessitent pas d'efforts physiques, un rendement et une implication importante restent exigibles (AI pce 38), – la copie de l'ergométrie du 24 octobre 2016 (AI pce 55), – le rapport du 2 décembre 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_ de (...) l'insuffisance cardiaque avancée et de la transplantation cardiaque ; ce médecin décrit sous l'historique 1) une cardiopathie ischémique, soit une angine instable débutante en septembre 2002, un infarctus aigu du myocarde antérieur Killip I avec pose d'un stent à élution médicamenteuse en décembre 2009, l'implantation d'un défibrillateur avec surveillance à domicile en juin 2012 et une révision de l'implant en août 2015 ainsi que 2) une insuffisance cardiaque chronique en relation avec un dysfonctionnement ventriculaire modéré d'origine ischémique ; il indique en outre les résultats des différents examens entrepris, tels une électrocardiographie (ECG) et un échocardiogramme en 2014 lors duquel

la FEVG était abaissée à 42%, et il décrit le traitement prescrit ; ce médecin note encore un état stable et la capacité de l'assurée à pouvoir réaliser des efforts modérés, à marcher pendant une heure, à monter un étage sans devoir s'arrêter ; cependant, l'assurée présente de la dyspnée lorsqu'elle parle en marchant (AI pce 54), – le rapport du 20 mars 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_ qui comme dans son rapport précédent fait état des différents diagnostics ; s'agissant de 2) l'insuffisance cardiaque, il mentionne toujours la classe II selon l'NYHA, un ventricule gauche non dilaté et une insuffisance mitrale légère, mais une FEVG de 44% ; concernant 3) la hyperthyroïdie, il indique une thyroïdite chronique auto-immune et une hypothyroïdie subclinique et s'agissant de la 13) dorsolombalgie, il fait désormais état 13 a) d'une dorsalgie mécanique chronique, avec scoliose dorsale et arthrose dorsolombaire, selon le CT-scan, une diminution discrète du calibre de la conjonctive du foramen droit de D9-D10, pas de signes visibles d'hernie discale, des altérations

C-2400/2019 Page 16 dégénératives discrètes dans les articulations inter-apophysaires, ainsi que 13 b) d'un lumbago chronique après opération d'une hernie discale et selon le CT-scan, une ostéochondrose intervertébrale LS- 51 avec sclérose sous-chondrale dans les plaques limitantes des corps vertébraux et arthrose des facettes qui, avec la protrusion discale (latéralisée à droite), génère une sténose des foramens ; par ailleurs, le médecin liste les médicaments déjà mentionnés dans son rapport antérieur (AI pce 53), – le rapport du 18 avril 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_ lequel fait brièvement part de l'examen rhumatologique, en observant notamment une scoliose dorsolombaire, une contraction du muscle paravertébral dorsal droit, une cicatrice d'une intervention chirurgicale sur le rachis lombaire, une contraction musculaire de la colonne vertébrale droite, une hypertonie du muscle ilio-psoas droit, une déformation des 2e et 3e orteils en marteau aux deux pieds avec douleur à l'extension des orteils sans traction du tendon fléchisseur dorsal, un hallux valgus bilatéral modéré et une limitation de la rotation interne de l'épaule gauche (AI pce 59), – le rapport du 23 juin 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_ de (...), de l'insuffisance et de la transplantation cardiaque ; le médecin retient comme diagnostics une dysfonction modérée du ventricule gauche d'étiologie ischémique, un infarctus aigu du myocarde antérieur en 2009, reperfusé par une angioplastie primaire avec stent conventionnel au niveau de l'aorte descendante et une revascularisation complète, une insuffisance cardiaque chronique, du stade C selon l'ACC/AHA (American College of Cardiology and American Heart Association) et de la classe fonctionnelle I-II selon la NYHA, ainsi qu'un implant de défibrillateur bicaméral par la veine sous-clavière sans incidence ; il note par ailleurs sous l'historique cardiologique une implantation d'un défibrillateur le 21 juin 2017 pour prévention primaire contre la mort subite ainsi que les résultats de l'échocardiogramme de mars 2017 qui a notamment fait état d'une FEVG de 44% ; enfin, il observe un état stable, de la classe fonctionnelle I-II selon la NYHA, sans angine (AI pce 70), – la copie de l'ergométrie du 22 août 2017 (AI pce 73), – le rapport du 9 août 2017 du Dr K. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologique, lequel rapporte les antécédents connus ainsi que sur le plan orthopédique, une hernie discale L5-S1 droite, une

C-2400/2019 Page 17 ostéochondrose intervertébrale L5-S1 et une arthrose des facettes L3L4-L4L5-L5S1 ; de plus, il indique que l'assurée présente à l'examen une douleur lombaire de caractère mécanique, des rotations normales, une surcharge des muscles paravertébraux lombaires et une douleur en relation avec le syndrome des facettes lombaires postérieures ; il note alors comme diagnostics différentiels (I.DX) une spondyloarthrose lombaire, un syndrome des facettes lombaires postérieures et une

lombalgie chronique ; enfin, il indique que l'assurée prend du Paracétamol en cas de douleurs (AI pce 74). A de nombreuses reprises, l'OAIE a invité le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste de son service médical, à se déterminer (voir prises de position des 3 novembre et 30 décembre 2016, réponse du 16 mai 2017, prises de position des 3 et 17 octobre ainsi que du 26 décembre 2017, réponses des 16 janvier, 24 juillet et 4 août 2018 et la prise de position du 11 janvier 2019 (AI pces 44, 50, 61, 78, 80, 88, 90, 96, 98 et 108). 9.3 Dans le dossier se sont encore trouvés les nouveaux documents ci- après : – le projet du 20 mai 2016 de la sécurité sociale espagnole qui admet une incapacité permanente absolue et une aggravation de l'état de santé (AI pce 47), – les renseignements concernant la carrière de l'assurée et l'attestation concernant la carrière d'assurance en Espagne du

## **E. 25**

août 2016 (E 205 ES et E 207 ES; AI pce 39), – le questionnaire à l'assurée, reçu le 11 septembre 2017, duquel il apparaît que celle-ci n'exerce plus une activité lucrative (AI pce 71 pp. 1 ss), – le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, reçu le 11 septembre 2017 (AI pce 71 pp. 6 ss), – les explications du 1er juillet 2018 de l'assurée concernant son ancienne activité professionnelle ; elle informe qu'elle travaillait sur une machine à coudre industrielle pendant 6 heures par jour, avec 15 minutes de pause ; elle posait des fermetures éclair, cousait des manches aux vestes et faisait d'autres travaux de couture ; elle disposait à son poste de travail d'une chaise d'où elle se levait ou s'asseyait selon le type de travail (longues coutures, grandes pièces

C-2400/2019 Page 18 ou gros morceaux) ; la posture de travail était toujours la même, la machine ayant été lourde et ancrée dans un cadre (AI pce 94), – les évaluations de l'invalidité de l'assurée dans l'activité professionnelle en application de la méthode générale par l'OAIE ; l'évaluation du 26 octobre 2017 qui établit un taux d'invalidité de 29% tient compte d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité légère adaptée (AI pce 81) alors que l'évaluation du 5 septembre 2018, déterminant un taux d'invalidité de 37%, se fonde sur une capacité résiduelle de 70% (AI pce 100). 10. 10.1 D'un point de vue médical, l'OAIE a basé sa décision du 11 avril 2019 attaquée sur les avis du Dr L.\_\_\_\_\_ de son service médical. 10.2 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se baser uniquement ou principalement sur les prises de position du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose toutefois que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de la personne assurée (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). 10.3 10.3.1 En l'occurrence, dans la prise de position du 3 octobre 2017 (AI pce 78), le médecin de l'OAIE a retenu les diagnostics avancés par le Dr J.\_\_\_\_\_ de (...), de l'insuffisance et de la transplantation cardiaque, dans son rapport du 23 juin 2017 (AI pce 70), soit une dysfonction modérée du ventricule gauche d'étiologie ischémique, un infarctus aigu du myocarde antérieur en 2009, reperfusé par une angioplastie primaire avec stent conventionnel au niveau de l'aorte descendante et revascularisation complète, une insuffisance cardiaque chronique, du stade C selon

l'ACC/AHA et de la classe fonctionnelle I-II selon la NYHA ainsi qu'un

C-2400/2019 Page 19 implant de défibrillateur bicaméral par la veine sous-clavière sans incidence. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a aussi repris les observations indiquées par le Dr K. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologique, dans son rapport du 9 août 2017 (AI pce 74), voire notamment, sur le plan orthopédique, une hernie discale L5-S1 droite, une ostéochondrose intervertébrale L5-S1 et une arthrose des facettes L3L4-L4L5-L5S1, respectivement comme diagnostics différentiels (I.DX) une spondyloarthrose lombaire, un syndrome des facettes lombaires postérieures et une lombalgie chronique. Au regard des atteintes cardiologiques et des altérations dégénératives de la colonne lombaire dont l'assurée souffre, le Dr L. \_\_\_\_\_ a ensuite décrit les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas porter de poids de plus de 5 à 7 kg, ne pas rester longtemps dans des positions contraignantes, faire des pauses occasionnelles de 10 minutes par heure, éviter le stress et un rythme de travail trop élevé ainsi que les environnements froids et humides (AI pce 78). De plus, si dans un premier temps (prises de position des 3 et 17 octobre 2017; AI pces 78 et 80), il avait attesté à partir du 25 août 2016 une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle, de 20% dans une activité adaptée et de 37% dans l'activité ménagère, il a ensuite encore considéré que le dossier médical faisait état d'une symptomatologie algique importante malgré l'absence de la poursuite d'une activité professionnelle et le suivi d'une thérapie continue et adéquate. Il a du reste aussi pris en compte les précisions de l'assurée s'agissant de sa dernière activité professionnelle (cf. explications du 1er juillet 2018; AI pce 94). Pour finir, il a retenu dans ses réponses des 24 juillet et 4 août 2018 que l'assurée présentait dès le 25 août 2016 une incapacité de travail de 70% dans l'activité habituelle, de 30% dans une activité adaptée et de 42% dans les tâches ménagères (AI pces 96 et 98). 10.3.2 Le Dr L. \_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation dans sa réponse du 11 janvier 2019 (AI pce 108). Il a précisé que la pose d'un défibrillateur n'empêchait pas l'exercice d'une activité professionnelle. De plus, il a avancé que les derniers documents médicaux de mars 2017 indiquaient une FEVG abaissée à 44% et une classe fonctionnelle II selon la NYHA ce qui n'impliquerait aucune gêne au repos ou lors de l'exercice d'une activité physique légère mais la survenance des symptômes, tels la dyspnée, lors d'efforts physiques importants. Il a aussi relevé que le 22 août 2017 (cf. la copie de

C-2400/2019 Page 20 l'ergométrie; AI pce 73), l'examen sous-effort montrait que le MET (Metabolic Equivalent of Task) était de 10.1, sans signe de décompensation et d'ischémie ce qui signifierait que l'assurée était apte à accomplir des efforts physiques tels à scier du bois, exercer une activité agricole, déblayer de la neige ou faire du ski de fond. De plus, le médecin de l'OAIE a donné des explications concernant les autres atteintes dont l'assurée souffre. Concrètement, il a exposé que : – l'hypothyroïdie traitée n'avait aucune influence sur la capacité de travail, – la cystocèle avec incontinence d'efforts permettait d'exercer un travail léger, sans effort physique, – le dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire à gauche n'avait aucune influence sur la poursuite d'un travail adapté, – l'hallux valgus et les orteils en marteau n'empêchait pas l'exercice d'une activité sédentaire, – la névralgie faciale à gauche n'avait pas non plus d'influence sur la capacité de travail, particulièrement en l'absence d'un rapport de la part d'un spécialiste qui se prononçait sur la gravité de l'atteinte et sur son traitement, – le trouble d'anxiété généralisée et l'insomnie chronique n'avaient pas été décrits dans les rapports médicaux versés en cause comme des troubles psychiques importants, – l'omalgie chronique à gauche ne réduisait pas non plus la capacité de travail si l'activité exercée était adaptée et n'impliquait pas de

mouvements répétitifs au-dessus des épaules, – les troubles de la colonne vertébrale avaient été pris en compte lors de l'évaluation, – qu'enfin, le rapport médical du 9 août 2017 (du Dr K. \_\_\_\_\_; AI pce 74) qui avait retenu la plupart de ces diagnostics avait mentionné que l'assurée prenait du Paracétamol en cas de besoin, un antalgique qui n'est pas fort, ce qui confirmerait, selon le Dr L. \_\_\_\_\_, que l'assurée ne souffrait pas d'une symptomatologie algique chronique très accentuée ni d'un point de vue orthopédique ni d'un point de vue neurologique. 10.3.3 Dans sa réponse du 16 janvier 2018 (AI pce 90), le médecin de l'OAIE a encore considéré que le résultat de l'échocardiographie pratiquée en 2012 avait fait état d'une diminution de la fonctionnalité du ventricule gauche (FEVG) à 36% (cf. rapport médical détaillé E 213 du 25 août 2016

C-2400/2019 Page 21 du Dr H. \_\_\_\_\_; AI pce 38 p. 3), alors que, ultérieurement, le rapport du

## **E. 27**

novembre 2015 comme début des incapacités de travail attestées. Cette nouvelle date ne met toutefois pas en doute la valeur probante des autres conclusions du médecin de l'OAIE. 10.5 10.5.1 Il appartient à la recourante d'exposer les raisons pour lesquelles l'on ne saurait suivre l'avis du médecin de l'OAIE et d'apporter, le cas échéant, des preuves utiles. Le TAF a déjà exposé ce devoir de collaboration de la part de la personne assurée dans l'arrêt C-2552/2011 précédent (consid. 10.2.3 de l'arrêt). 10.5.2 Or, la recourante qui soutient qu'elle ne peut plus exercer une activité quelconque s'est contentée d'avancer sa propre appréciation. Elle n'a notamment pas produit un nouvel avis médical qui mettrait en cause l'évaluation du Dr L. \_\_\_\_\_. De plus, l'OAIE a remarqué à juste titre que la maladie en tant que telle n'est pas assurée en Suisse même si elle est grave comme en l'occurrence l'atteinte cardiologique dont la recourante souffre (cf. consid. 5.1). Plus encore, le TAF remarque qu'il n'est pas utile à l'assurée de se référer à une FEVG abaissée à 36% qui résultait d'un échocardiogramme pratiqué en 2012 (cf. rapport médical détaillé E 213 du 25 août 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_; AI pce 38 p. 3), alors que le Dr L. \_\_\_\_\_ a également considéré les valeurs récentes, 42% en 2014 et 44% en mars 2017, qui démontraient une situation meilleure (cf. consid. 10.3.3). De surcroît, le TAF avait déjà remarqué dans l'arrêt C-2552/2011 cité que la classe fonctionnelle II selon la NYHA (cf. consid. 8.2), retenue en l'espèce par le médecin de l'OAIE (cf. consid. 10.3.1), ne contrevenait pas à l'exercice d'une activité légère et adaptée. En effet, cette classe ne limite que modérément l'activité physique (cf. F. DELAHAYE, Recommandations de l'American College of Cardiology – American Heart Association sur l'insuffisance cardiaque, Réalités Cardiologiques, septembre 2013, p. 2, article consulté sur internet en janvier 2022). Par ailleurs, le Dr J. \_\_\_\_\_ avait, dans son rapport du 23 juin 2017, fait état d'une classe fonctionnelle I à II (AI pce 70), ce qui correspond à une situation plus favorable, la classe I ne provoquant aucune limitation de l'activité physique (cf. F. DELAHAYE, op. cit.). Le Dr I. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 2 décembre 2016, a également noté que l'assurée pouvait réaliser des efforts modérés (AI pces 54). Les critiques de la recourante s'avèrent donc infondées. 10.5.3 S'agissant des limitations fonctionnelles observées par la Dresse B. \_\_\_\_\_ dans le rapport médical détaillé E 213 du 16 septembre

C-2400/2019 Page 23 2010 que la recourante a encore avancées – pas de travaux exposant l'assurée à des températures hautes ou basses, pas d'activités requérant le port respectivement le transport fréquents de charge ou qui nécessitent l'usage de rampes, d'escaliers ou d'échelles (cf. consid. 8.2) – le TAF remarque que celles-ci sont proches des

limitations retenues par le Dr L. \_\_\_\_\_ lequel, de surcroît, a aussi tenu compte des limitations sur le plan orthopédique – ne pas porter de poids de plus de 5 à 7 kg, ne pas rester longtemps dans des positions contraignantes, faire des pauses occasionnelles de 10 minutes par heure, éviter le stress et un rythme de travail trop élevé ainsi que les environnements froids et humides (consid. 10.3.1 ci-dessus). Les limitations de la Dresse B. \_\_\_\_\_ peuvent par ailleurs compléter celles du Dr L. \_\_\_\_\_ dans la mesure où cette doctoresse avait évalué l'affection cardiologique dont l'assurée souffre et que le Tribunal les avait confirmées dans la cause C-2552/2011 (cf. consid. 8.2). Le TAF constate encore que les limitations notées par le Dr H. \_\_\_\_\_ qui dans le rapport médical détaillé E 213 du 25 août 2016 (AI pce 38) avait indiqué que l'assurée présentait en raison de l'affection cardiologique des limitations fonctionnelles sévères et que seules les activités qui ne nécessitaient pas une exigence physique, un rendement et une implication importante restaient exigibles, sont aussi très similaires à celles notées par le médecin de l'OAIE et ne les mettent donc pas non plus en doute. De même, la conclusion du Dr H. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'assurée ne pouvait dès lors plus exercer son ancienne activité d'opératrice de textile ne contredit pas celle du Dr L. \_\_\_\_\_ qui avait admis une capacité de travail résiduelle de 30%, très peu élevée. Au demeurant, l'OAIE a attesté dans la décision contestée que ce métier n'était donc plus exigible (AI pce 109). 10.5.4 Plus encore, le TAF est d'avis que les limitations observées ci-dessus n'excluent pas la poursuite d'une activité (professionnelle) légère et adaptée contrairement à ce que prétend la recourante. En effet, dans l'arrêt C-2552/2011 précédent, le Tribunal avait déjà remarqué que la loi (cf. art. 7 al. 1 et 16 LPGA; consid. 5.1 et 11.2.2) tenait compte d'un marché du travail équilibré, une notion théorique et abstraite (cf. consid. 8.2), qui offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 et références). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre. De plus, la

C-2400/2019 Page 24 concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain n'est pas subordonnée à des exigences excessives (ATF 138 V 457 consid. 3.1; TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3; 9C\_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5). En conséquence, le Tribunal fédéral a jugé qu'un marché équilibré du travail est sans conteste en mesure d'offrir la possibilité de poursuivre – comme en l'espèce certifié par le médecin de l'OAIE – des activités légères et exercées dans des positions alternées (TF 8C\_606/2012 du 3 décembre 2012 consid. 3.5). Ceci est également vrai pour des activités effectuées à l'abri du froid et de l'humidité, qui n'impliquent pas l'utilisation de rampes, escaliers ou échelles et qui ne sont pas soumises au stress et à un rythme de travail trop élevé. Selon la jurisprudence, restent par ailleurs exigibles des activités ou des postes de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites "de niche" (TF 8C\_772/2020 cité consid. 3.3; 8C\_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1). Au demeurant, le TAF avait précisé dans l'arrêt C-2552/2011 que le manque de connaissances de l'assurée qui l'empêcherait de travailler devant un écran de vidéo – tel qu'attesté par la Dresse B. \_\_\_\_\_ (AI pce 8 p. 9) que la recourante a encore citée – n'est pas déterminant puisqu'il s'agit d'un motif étranger à l'invalidité (cf. consid. 8.2 ci-dessus). Le Tribunal ne saurait donc suivre les arguments de

la recourante. 10.5.5 En outre, l'âge n'est de règle générale pas non plus déterminant pour l'évaluation de l'invalidité. Par contre, si la personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite suisse (cf. art. 21 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS; RS 8310.10]), respectivement si elle a environ 60 ans (TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2018 consid. 5.2) au moment où il a été constaté avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4) et qu'elle présente des obstacles importants qui l'empêchent de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré, ce que la jurisprudence n'admet que d'une manière restrictive (cf. TF 8C\_96/2012 du 9 mai 2012 consid. 7), il convient de procéder à une analyse de la situation dans son ensemble et de se demander si, de manière réaliste la personne assurée est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle (notamment : TF 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). Ces conditions ne sont pas réunies en l'occurrence. En effet l'assurée, née le (...) 1959, n'avait pas encore atteint 60 ans lorsque sa capacité de travail résiduelle avait été établie par le Dr L.\_\_\_\_\_ les 3 et 17 octobre 2017,

C-2400/2019 Page 25 respectivement les 24 juillet et 4 août 2018 (cf. consid. 10.3.1 ci-dessus). De plus, l'assurée peut toujours exercer des activités adaptées à 70% et elle bénéficie, de surcroît, des expériences professionnelles variées puisqu'elle avait aussi travaillé en tant que femme de chambre, nettoyeuse, employée de maison et ouvrière dans une fabrique de pièces de métal ce qui devrait favoriser la recherche d'un travail adapté à ses limitations (cf. arrêt C-2552/2011 cité, let. A des faits; voir à titre d'exemple : TF 8C\_330/2015 du 19 août 2015 consid. 3.2; 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2; I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4). 10.5.6 Par ailleurs, le Tribunal avait déjà rappelé dans l'arrêt C-2552/2011 (consid. 10.1 de l'arrêt) que l'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjuge pas la détermination de l'invalidité selon la loi suisse (consid. 3.3 ci-dessus). Dès lors, quoiqu'en dise la recourante, il n'est pas pertinent que la sécurité sociale espagnole lui ait reconnu une pension pour cause d'incapacité permanente et, désormais, absolue (AI pce 47), les décisions de la sécurité sociale espagnole ne liant pas l'assurance-invalidité suisse. 10.5.7 Enfin, il incombe à la personne assurée de tout mettre en œuvre afin de diminuer les conséquences de son invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Par conséquent, si l'assurée ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, elle est tenue de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités. Le Tribunal a déjà exposé cette obligation dans l'arrêt C-2552/2011 (consid. 10.1 de l'arrêt). 10.6 10.6.1 En conclusion, les griefs de la recourante s'avèrent infondés (consid. 10.5). Le TAF retient alors qu'il est établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.3) que l'assurée souffre principalement d'atteintes cardiologiques et d'altérations dégénératives de la colonne lombaire qui causent les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas porter de poids de plus de 5 à 7 kg, ne pas rester longtemps dans des positions contraignantes, faire des pauses occasionnelles de 10 minutes par heure, éviter le stress et un rythme de travail trop élevé, ne pas utiliser de rampes, escaliers ou échelles. Sur le plan professionnel, l'assurée présente dès le 27 novembre 2015 (cf. consid. 10.4.2) dans l'activité habituelle une capacité de travail résiduelle de 30% ; cette activité n'est donc plus exigible (consid. 10.5.3). Par contre, dans une activité légère et

C-2400/2019 Page 26 adaptée aux limitations décrites, la capacité de travail résiduelle de l'assurée est de 70% (cf. consid. 10.3.1 et 10.4.1). S'agissant de l'incapacité de 42% dans les tâches ménagères que le médecin de l'OAIE a encore attestée, le TAF se prononcera ci-dessous. 10.6.2 Finalement, en comparant les situations prévalant le 14 mai 2011 (consid. 8.4) et le 11 avril 2019 (cf. consid. ci-dessus), il est incontesté qu'une aggravation de l'état de santé est survenue, l'assurée souffre désormais également à titre principal d'altérations dégénératives de la colonne lombaire qui justifient des incapacités de travail supplémentaires. Cette aggravation constitue un motif de révision déterminant au sens de la loi (cf. consid. 6.2). 11. 11.1 Il sied encore d'examiner si le motif de révision constaté ouvre à la recourante un droit à une rente d'invalidité. Pour ce faire, son taux d'invalidité doit être fixé. 11.2 11.2.1 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes, la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut de la bénéficiaire potentielle de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. notamment : TF 9C\_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2; 9C\_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2; 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). 11.2.2 S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité est calculé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est alors comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; cf. art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2007 5129; FF 2005 4215]). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment : ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

C-2400/2019 Page 27 11.2.3 Selon l'art. 28a al. 2 LAI, dans sa version pertinente jusqu'au

### **E. 31**

décembre 2021, un taux d'invalidité de 42% donne droit à un quart de rente (cf. consid. 5.4). Ce droit est né le 1er décembre 2016 (cf. consid. 10.4.3). Au demeurant, conformément à la let. c des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (développement continue de l'AI; voir consid. 3.1), la rente de l'assurée qui avait à l'entrée en vigueur de ces modifications plus de 55 ans n'est pas adaptée aux nouvelles dispositions, l'ancien droit restant applicable. 12. En conclusion, le recours de l'assurée est admis et la décision attaquée du 11 avril 2019 annulée. La recourante a droit à un quart de rente dès le 1er décembre 2016. Le dossier est renvoyé à l'OAIE afin qu'il détermine la rente à verser et rende une décision à ce sujet. 13. Il n'est pas perçu de frais de procédure puisque la recourante a obtenu gain de cause (cf. art. 63 al. 1 et 3 PA). Dès lors, le montant de 838 francs que celle-ci a avancé (TAF pces 2 à 7) lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA).

C-2400/2019 Page 33 Les art. 64 PA et 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés, tels les frais de représentation (cf. art. 8 ss FITAF). En l'occurrence, l'avocat n'a pas fait parvenir au Tribunal un décompte de ses prestations (cf. art. 14 al. 1 FITAF). Ses frais sont

donc fixés, selon l'appréciation du Tribunal, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Eu égard à ce qui précède, il se justifie d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à 2'000 francs à charge de l'OAIE (cf. art. 64 al. 2 PA; art. 9 al. 1 et 10 al. 2 FITAF).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

C-2400/2019 Page 34

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