

BVGer C-4572/2013 vom 6. Juni 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4572_2013

FR: TAF C-4572/2013 du 6 juin 2014

IT: TAF C-4572/2013 del 6 giugno 2014

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant l'autorité de recours est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

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

E. 2

La recourante est une ressortissante portugaise domiciliée au Portugal, pays membre de l'Union européenne.

E. 2.1

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la

décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

E. 2.2

Au niveau du droit international, 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) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. 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 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables en l'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 2.3

Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

E. 2.4

Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6ème révision de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2012, trouvent application en l'espèce.

E. 3.1

La recourante a déposé sa demande de prestations d'invalidité le 29 octobre 2012. Cette demande a fait suite à la décision du 20 septembre 2010 de l'OAIE de suppression de sa rente entière avec effet au 1er novembre 2010 confirmée par l'autorité de recours le 26 juillet 2012 avec effet au 30 novembre 2010.

E. 3.2

En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée, en l'espèce supprimée, parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

E. 3.3

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 2 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

E. 3.4

En l'espèce, l'OAIE a examiné du point de vue matériel la nouvelle demande de prestations. L'autorité de recours peut donc se limiter à examiner si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 10 juillet 2013, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 4.1

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065).

E. 4.2

En l'espèce, la recourante a cotisé aux assurances sociales suisses de manière irrégulière entre 1990 et 2003, pour un total de 12 années et 3 mois (pces I/1, 9, 15, 44 et 61 et pces II/23 et 24), soit pendant plus de trois ans; elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisation. Il reste à examiner si elle est invalide.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 5.2

Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'Union européenne et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement [CE] n° 883/04).

E. 5.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.4

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 5.5

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 6

La recourante a cessé son activité de femme de ménage au mois de mars 1998 en raison de son état de santé. Selon ses déclarations, elle ne travaille pas et n'a pas repris d'activité (pce II/25).

E. 6.1

La notion d'invalidité telle qu'elle résulte de l'art. 8 LPGA et de l'art. 4 LAI est de nature économique et juridique, et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Autrement dit, l'assurance-invalidité couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non l'atteinte à la santé en tant que telle. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est ainsi fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA aux termes duquel le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée

de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

E. 6.2

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

E. 7.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet, peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Pour accomplir leurs tâches les offices AI sont tenus, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'elle se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Berne 2011, n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, renseignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 142).

E. 7.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une

instruction complémentaire dans le cadre de la procédure inquisitoire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; voir aussi les arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références). Il convient également de souligner que les rapports des Services médicaux régionaux (ci-après: SMR) selon l'art. 59 al. 2bis LAI, le cas échéant du service médical de l'OAIE (dont les fonctions sont les mêmes que ceux d'un SMR; arrêt du Tribunal fédéral 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.3) ont une autre fonction que les examens de la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. De tels rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ont de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports du SMR ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3, 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; Valterio, n° 2920).

E. 8.1

En l'espèce, une rente entière a été accordée à la recourante par décision du 1er novembre 2001 en raison essentiellement d'un état dépressif d'intensité moyenne à sévère, d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique (expertise psychiatrique du 19 février 2001 des Drs A. _____, psychiatre FMH, et B. _____, psychologue FSP [pce I/28 p. 14]). Ce diagnostic a été en principe confirmé par le rapport du 22 mars 2001 du médecin de l'OAIE, le Dr C. _____ qui parlait de troubles somatoformes douloureux persistants, avec des pathologies associées influençant la capacité de travail: une gonarthrose débutante gauche, une arthrose rotulienne gauche et une lyse isthmique bilatérale L5 (pce I/30). Le médecin de l'OAIE attestait que la recourante présentait un degré d'invalidité de 70% dans toute activité dès le 20 mars 1998.

E. 8.2

La rente entière a été supprimée par décision du 20 septembre 2010 (pce I/32) essentiellement sur la base d'un rapport d'expertise bi-disciplinaire du 22 avril 2010 des Drs I. _____, rhumatologue FMH, et J. _____, psychiatre FMH, du Centre (...) (pce I/119). Lors de la précédente procédure de recours, une pleine valeur probante avait été accordée à cette expertise (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7713/2010 du 26 juillet 2012 consid. 13.4). Le Tribunal de céans avait retenu que, selon ces experts, la recourante était atteinte de fibromyalgie, de spondylolisthésis de L5 sur S1 de degré I, stable, sur lyse isthmique bilatérale, d'arthrose acromioclaviculaire droite, de gonarthrose tricompartmentale débutante droite, de coxarthrose bilatérale débutante, de tendinite de la

patte d'oie droite, de diabète de type II non insulino-dépendant, de trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif récurrent, en épisode léger sans syndrome somatique. Le Tribunal de céans avait jugé que l'état de santé de la recourante s'était notablement amélioré d'un point de vue psychique et stabilisée d'un point de vue somatique depuis l'octroi de la rente. Dès lors, eu égard à la jurisprudence en la matière, la fibromyalgie de la recourante ne pouvait être considérée comme invalidante et une capacité de travail totale dans son activité habituelle et dans tout autre type d'activités devait lui être reconnue depuis le 12 juin 2009 (arrêt précité consid. 13.6). Cet état de fait est la base de comparaison pour évaluer s'il y a eu évolution de l'état de santé jusqu'au moment de la décision attaquée.

E. 8.3

Quant à la recourante, dans sa nouvelle demande et en procédure de recours, elle fait principalement valoir que ses problèmes de santé d'ordre somatique (atteintes à la colonne lombaire et cervicale, fibromyalgie, ostéoarthrose et tendinites) et psychique (dépression grave, sous traitement par antidépresseurs) l'empêchent d'avoir une quelconque activité professionnelle et conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée et à l'attribution d'une rente d'invalidité pour un degré d'incapacité supérieur à 50% (pce TAF 1). De son côté, l'autorité inférieure se base sur les prises de position médicale des 19 mars et 3 juillet 2013 du médecin de son service médical, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin certifié SMR, selon lesquelles il n'y a aucune péjoration de l'état de santé et la capacité de travail est entière dans toute activité professionnelle depuis 2009 (pces II/35 et 46). En procédure de recours, l'autorité inférieure maintient que, sur la base de la documentation médicale, l'état de santé de l'intéressée est stationnaire depuis 2009 et qu'elle présente une pleine capacité de travail (pce TAF 3).

E. 9.1

Sur le plan psychique, le médecin du service médical pose un diagnostic de fibromyalgie et de dysthymie et affirme que ce diagnostic explique les plaintes somatiques et psychiatriques continues et intenses de la recourante (voir les prises de position du 19 mars 2013 [pce II/35] et du 3 juillet 2013 [pce II/46]). Le Tribunal de céans constate cependant que le rapport du 18 décembre 2012 du Dr O. _____, psychiatre, atteste d'une forte atteinte symptomatologique dépressive, à savoir une humeur dépressive, une anxiété intense et une instabilité psychique; l'intéressée souffre de fibromyalgie avec de fortes douleurs, situation qui aggrave la symptomatologie psychotique. Le médecin décèle des changements cognitifs sans toutefois les préciser (pce II/30). Dans son rapport du 19 septembre 2012, le même médecin précise que la dépression anxieuse dure depuis trois ans et que la recourante a fait deux tentatives de suicide, l'une en 1999 et l'autre un mois avant la rédaction du rapport (pce II/18). Les tentatives de suicide et des internements prolongés sont aussi évoqués par la fiche de renseignements cliniques du 13 mai 2013 du Dr T. _____ sans plus de précision (pce II/41). De même, un syndrome dépressif et une humeur dépressive sont attestés dans le rapport médical du 8 novembre 2012 du Dr P. _____ (pce II/19). Force est de constater tout d'abord que le médecin du service médical ne s'est pas prononcé sur les diagnostics psychiques posés par les Drs O. _____ et P. _____. S'agissant des rapports du Dr O. _____, certes difficiles de lecture, ils ont simplement été ignorés. Pourtant, les diagnostics, l'état d'esprit de la recourante décrit et les tentatives de suicide évoquées par le Dr O. _____, de même que les internements prolongés évoqués par le Dr T. _____, ne corroborent pas le diagnostic psychiatrique principal retenu par le service médical, à savoir une dysthymie, qui est une atteinte plus légère. Seul le diagnostic secondaire de

fibromyalgie concorde. De même, le médecin du service médical ne peut pas s'appuyer sur le rapport médical E213 du 8 novembre 2012 émanant du Dr P._____ (pce II/20) et décrivant un état stationnaire. Ce rapport retient en effet un diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33) qui est incompatible avec celui retenu par le médecin du service médical, à savoir la dysthymie. Il en va de même s'agissant du second rapport médical du 8 novembre 2012 du Dr P._____ (pce II/19) qui parle d'un syndrome dépressif. De plus, il s'avère que le diagnostic de dysthymie, repris de la précédente procédure de recours, n'a plus été posé depuis janvier 2010 (pce I/119). Certes, le fait que le médecin du service médical ne soit pas un spécialiste du ou des domaines médicaux des pathologies d'un assuré n'est pas déterminant si l'on n'attend pas de lui un avis de spécialiste mais la faculté de se prononcer sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation matérielle des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence. Un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêts du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, 9C_149/2008 du 27 octobre 2008, 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2, 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les réf.). Cependant, comme relevé, le médecin du service médical n'a simplement pas tenu compte de l'aspect psychique de l'état de santé de la recourante décrit par les rapports médicaux portés au dossier dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations. Au contraire, il ne retient que des diagnostics posés lors de procédures précédentes et conclut qu'il n'y a eu aucune péjoration de l'état de santé. Vu la contradiction manifeste entre l'appréciation du médecin du service médical et les rapports versés au dossier, l'autorité inférieure ne pouvait pas, sauf à violer le principe inquisitoire, rendre une décision en se fondant sur les rapports de son service médical. Au contraire, l'autorité inférieure aurait dû clarifier le status psychique en soumettant les rapports des Dr O._____ et P._____ à un psychiatre pour prise de position.

E. 9.2

Sur le plan somatique, l'appréciation du service médical ne convainc pas non plus. Les atteintes à l'épaule, à savoir l'arthrose de l'articulation acromioclaviculaire, figuraient déjà dans les diagnostics retenus lors de la précédente procédure de recours (consid. 8.2). En revanche, au niveau lombaire, le médecin du service médical retient comme diagnostic principal une spondylolisthésis L5-S1 de degré I. Cette appréciation est mise en doute par plusieurs pièces médicales. Le rapport d'examen par résonance magnétique ayant eu lieu le 16 novembre 2010, établi par le Dr S._____ (pce II/43 p. 1), parle d'une procdence discale à tous les niveaux lombaires, en particulier en L3-L4 remplissant le sac dural et en L5-S1, la lésion des racines en L5 dans les situations de charge étant possible. Cette possible atteinte radiculaire est également évoquée dans le rapport neurophysiologique du 28 janvier 2011 du Dr L._____ (pce II/43 p. 5) qui rapporte des signes d'une atteinte neurogène chronique discrets des myotomes L3-L4 de la hanche gauche. Enfin, le rapport de l'examen par scanner de la colonne lombaire pratiqué le 31 juillet 2012 de la Dresse N._____ rapporte que des signes d'hyperlordose lombaire, aggravée par une spondylolisthésis en L5-S1 de degré I, peuvent entraîner une instabilité de la charnière lombo-sacrée. Le Tribunal de céans retient que la possible instabilité de la charnière lombo-sacrée et les possibles atteintes neurogènes ne ressortent pas de l'état de fait retenu lors de la précédente procédure de recours (consid. 8.2). En dépit de la nouveauté que ces diagnostics présentent, le médecin du service médical ne se prononce pas à leur sujet et ne démontre ainsi pas, d'une manière circonstanciée, en quoi ces nouvelles données devraient

être écartées et l'autorité inférieure viole son devoir d'instruction. En particulier, il ne peut pas retenir sur la base du formulaire E213, lui-même très imprécis sur les atteintes aux disques intervertébraux et dont la valeur probante est ainsi mise en doute, que l'état de la recourante est stationnaire au vu des évolutions exposées ci-dessus. De même, le médecin du service médical ne peut être suivi lorsqu'il écarte la fiche de renseignements datée du 16 mai 2013, qui ne relève aucune amélioration de l'état de santé de la recourante, au motif qu'elle a été faite très peu de temps après l'opération qu'elle a subie (arthrodèse L4/S1 subie le 30 avril 2013; pce II/46). En effet, cette opération en tant que telle parle en faveur d'une dégradation de l'état de santé somatique de la recourante depuis septembre 2010 sur laquelle l'autorité inférieure aurait dû se prononcer. On ignore en particulier quelle est l'éventuelle influence de cette intervention sur la capacité de travail de la recourante. Au niveau cervical, le bref rapport d'examen radiologique du 15 mai 2013 du Dr Q. _____ (pce II/44) évoque une spondyl- et uncarthrose en C5-C6 et C6-C7 avec une légère réduction de l'espace intersomatique en C6-C7 compatible avec une discopathie légère. En son temps, le rapport d'examen par résonance magnétique ayant eu lieu le 16 novembre 2010, signé par le Dr S. _____ (pce II/43 p. 1) parlait déjà d'une hernie discale en C5-C6 et C6-C7 avec possible compromission de la racine en C6 droite et moins probablement en C7 droite. Il sied de relever que le Tribunal de céans avait, dans l'arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7713/2010 du 26 juillet 2012, signalé que ce rapport notamment pourrait être produit dans le cadre d'une nouvelle demande de rente d'invalidité, son pouvoir de cognition d'alors ne lui permettant pas de le retenir (consid. 14.2). L'intéressée a produit notamment ces pièces lors de l'instruction de la présente procédure. Ici non plus, alors que l'état de fait retenu lors de la précédente procédure de recours n'avait pas retenu d'atteinte cervicale, le médecin de service médical n'explique pas pourquoi il écarte ces diagnostics. A cela s'ajoute une possible opération à la colonne cervicale pour laquelle la recourante était en attente au mois de mai 2013 (voir la fiche de renseignements cliniques du 13 mai 2013 du Dr T. _____ [pce II/41] et celle du 16 mai 2013 du Dr U. _____ [pce II/42]). C'est un indice supplémentaire d'une dégradation de l'état de santé de la recourante susceptible d'avoir des répercussions sur sa capacité de travail. Sur ce point également, l'autorité inférieure ne pouvait pas clore le dossier sans éclaircir la situation médicale de la recourante. Sont encore évoqués, sans pour autant faire l'objet d'une prise de position de la part du service médical, des atteintes compatibles avec une tendinopathie au niveau de l'épaule droite (tendon du muscle supra-épineux) et du coude droit et avec une enthésopathie au niveau du coude droit (epicondylus lateralis) (rapport du 20 novembre 2012 émanant du Dr Q. _____, radiologue [pce II/29 p. 1]), ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien (not. résultats de neurophysiologie du 28 janvier 2011 du Dr L. _____ [pce II/43 p. 3 à 5]).

E. 9.3

Quant à l'influence de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail, force est de constater que les avis divergent tant sur les plans somatique que psychique. Selon le bref rapport médical du 10 mars 2011 du Dr M. _____, l'incapacité de travail est de 53.115% (pce II/16). Cette pièce est cependant relativement ancienne et a été établie avant l'opération de la recourante (arthrodèse L4/S1) le 30 avril 2013. Quant au Dr P. _____ dans ses deux rapports du 8 novembre 2012, il estime, d'un côté, que la capacité de travail est totale dans l'exercice de sa profession habituelle (pce II/19 p. 4) et, de l'autre, que l'activité professionnelle antérieure de femme de ménage et une activité adaptée sont possibles à raison de 4 heures par jour, le rapport indiquant une incapacité de travail de 50% selon la

législation portugaise (p. 6). Enfin, selon la fiche de renseignements cliniques du 13 mai 2013 du Dr T. _____ (pce II/41), la recourante est sévèrement limitée dans ses activités et incapable d'exercer une activité professionnelle. Devant ces appréciations contradictoires, le médecin du service médical a retenu celle qui est la moins favorable à la recourante sans fournir d'explications convaincantes. En suivant cette appréciation faite sur la base de pièces médicales contradictoires et en ne procédant pas à une instruction complémentaire, l'autorité inférieure a violé le droit exposé plus haut (consid. 7.2).

E. 9.4

Cela étant, il appert que la décision attaquée repose sur une instruction insuffisante qui ne permet pas au Tribunal de céans de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé et de ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante depuis le 20 septembre 2010 (ATF 130 V 71) avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière. En effet, vu les rapports médicaux incomplets et contradictoires y compris le formulaire E213 et les indices clairs qui parlent en faveur d'une dégradation de l'état de santé de la recourante aussi bien au niveau psychique que somatique, il manque, selon le droit exposé, une prise de position détaillée d'un orthopédiste et d'un psychiatre ayant examiné eux-mêmes la recourante quant à l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail. Conformément à la jurisprudence claire et constante en la matière (consid. 7.2), l'autorité inférieure ne pouvait pas se baser sur un rapport selon l'art. 49 al. 3 RAI d'un médecin du service médical, spécialiste en médecine interne générale, mais devait mettre sur pied une expertise bi- ou pluridisciplinaire comprenant au moins un volet orthopédique et psychiatrique. En rendant une décision en l'état, elle a violé le principe inquisitoire. Il se justifie dans de telles circonstances, vu l'importance des lacunes constatées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, la recourante pourra bénéficier des nouvelles garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210. Il convient donc de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à un complément d'instruction. Il s'agira de clarifier la situation médicale de la recourante sur le plan psychique et sur le plan somatique. Il s'agira notamment de préciser la nature de ses atteintes lombaires et cervicales et leurs répercussions sur la capacité de travail en tenant compte de l'opération subie (arthrodèse L4/S1) et, le cas échéant, de celle envisagée (si elle a eu lieu) au niveau cervical ainsi que d'éclaircir l'état et l'évolution de l'état de santé psychique. A cette fin, l'autorité inférieure mettra sur pied une expertise bi- ou pluridisciplinaire comprenant notamment un volet orthopédique et psychiatrique. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé de la recourante dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. Le dossier ainsi complété sera ensuite soumis au service médical de l'autorité inférieure pour prise de position. Sur cette base et si nécessaire avec le concours des experts en intégration, l'autorité inférieure rendra une nouvelle décision.

E. 10.1

La recourante ayant eu gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400 francs payée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

E. 10.2

La recourante, ayant agi sans être représentée et n'ayant pas fait valoir de frais de défense particuliers, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF; RS 173.320.2]). (Le dispositif figure à la page suivante.)

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