

# **BVGer C-4879/2019 vom 1. Juni 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-06-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4879\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4879_2019)

FR: TAF C-4879/2019 du 1 juin 2021

IT: TAF C-4879/2019 del 1 giugno 2021

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant ledit Tribunal est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurance sociale 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.3**

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 LAI, des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

### **E. 1.4**

En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA), dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), qui s'est acquitté de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA), le recours du 20 septembre 2019 est recevable quant à la forme.

### **E. 2.1**

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques 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 attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 355 consid. 1.2 et 129 V 4 consid. 1.2).

## **E. 2.2**

S'agissant du droit international, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, 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 réglant 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 (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 des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C\_870/2012 du 8 juillet 2012 consid. 2.2). 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 aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). 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. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

## **E. 2.3**

En l'occurrence, la recourante, ressortissante suisse et portugaise, résidait au Portugal, soit un Etat membre de l'Union européenne, au moment de la décision attaquée, soit au 21 août 2019. Ainsi, les dispositions légales du droit suisse en vigueur dans leur teneur jusqu'au jour de la décision attaquée sont applicables.

## **E. 2.4**

Par ailleurs, le Tribunal se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de la recourante, au jour de la décision litigieuse, soit au 21 août 2019. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne doivent, en principe, pas être pris en considération sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé de l'assurée antérieur à la décision attaquée (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; voir notamment arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

## **E. 3.1**

Le Tribunal établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de

droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème éd., 2013, n° 1.55). En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). L'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante. L'objet de la contestation (Anfechtungsgegenstand) et l'objet du litige (Streitgegenstand) sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige (cf. ATF 125 V 413 consid. 1b ; arrêt du TF 2C\_53/2017 du 21 juillet 2017, consid. 5.1). L'objet du litige peut donc être réduit par rapport à l'objet de la contestation. Il ne peut en revanche, sauf exceptions, s'étendre au-delà de celui-ci (cf. ATF 136 II 457 consid. 4.2 ; 136 II 165 consid. 5).

### **E. 3.2**

En l'espèce, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 21 août 2019 rejetant la demande de prestations d'assurance-invalidité de la recourante (OAIE pce 211). Le litige porte en particulier sur la question de savoir si les affections dont souffre la recourante ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Il sied ici de préciser que le grief de la violation de l'art. 6 CEDH, ayant trait au droit à un procès équitable, en lien avec l'expertise pluridisciplinaire de février 2015 est en l'occurrence irrecevable, en ce sens que les conclusions de ladite expertise ont permis d'aboutir à la décision du 28 mai 2015, qui est désormais entrée en force et qui a acquis l'autorité de la chose décidée, faute d'avoir été contestée dans le délai légal (Margit Moser-Szeless, in : *Commentaire romand de la LPGA*, p. 628 ad art. 53). Pour le surplus, ce grief est irrecevable car il dépasse l'objet de la contestation dans la présente cause car il concerne une autre décision de l'assurance-invalidité (cf. notamment ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

### **E. 4.1**

La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente déposée en mai 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 115). Par décision du 28 mai 2015, l'Office de l'assurance-invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ a octroyé une rente d'invalidité entière du 1er novembre 2012 au 31 mai 2015, jugeant qu'au-delà de cette date, la capacité de travail de la recourante était pleine et entière (OAIE pces 9 et 15). La décision attaquée fait également suite à une deuxième demande de prestations AI introduite en date du 27 mars 2017, pour laquelle les autorités ne sont pas entrées en matière (OAIE pce 134).

### **E. 4.2**

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 parce que le degré

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

#### **E. 4.3**

Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Inversement, si le laps de temps est relativement long l'administration a un devoir d'examen plus large. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du TF I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5).

#### **E. 4.4**

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du TF 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. 4.5**

Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec l'al. 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du TF 9C-246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 125 V 368 consid. 2 ; 133 V 108 et 130 V 71).

#### **E. 4.6**

En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande de la recourante et a rejeté dite demande au motif que les conditions requises pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étaient pas remplies (OAIE pce 211). Par conséquent, le Tribunal administratif fédéral doit déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de la recourante à une rente (à savoir la décision du 28 mai 2015, cf. OAIE pces 9 et 15) et en la comparant à la décision litigieuse du 21 août 2019, si la recourante remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente depuis au moins le 7 novembre 2018 (art. 29 al.1 LAI : cf. la nouvelle demande du 7 mai

2018 [OAIE pce 160] ; ATF 133 V 108 consid. 4.2 ; comp. ATF 140 V 2 consid. 5 et ATF 142 V 547 consid. 3).

### **E. 5.1**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPG/LAI (art. 8 LPG, art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois années au moins (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

### **E. 5.2**

En l'occurrence, la recourante a cotisé à l'AVS/AI en Suisse de manière non continue de 1984 à 2014 (annexe à TAF pce 23). Par conséquent, la condition liée à la durée minimale de trois années de cotisations est remplie. Il reste ainsi à examiner si la recourante est invalide au sens de la loi.

### **E. 6.1**

L'invalidité au sens de la LPG et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPG et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPG, 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 réadaptations exigibles. 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 LPG). 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 LPG).

### **E. 6.2**

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 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins. Une incapacité de gain 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 (cf. 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). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

### **E. 6.3**

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 con-sid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991, p. 329, consid. 1c).

### **E. 7.1**

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent 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 privés aux invalides.

### **E. 7.2**

Dans le cadre d'un recours, 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 352 consid. 3a et les références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3 et 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C\_555/2015 du 23 mars 2016 consid 5.2).

### **E. 7.3**

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

### **E. 7.4**

Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI s'appliquent également aux rapports du service médical interne de l'OAIE lesquels revêtent la même fonction. Ainsi, lesdits rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des

conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 n° 2920 ss). Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes de médecins conseils mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. p. 799 n° 2920).

### **E. 7.5**

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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 ; arrêt du TF 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

### **E. 8**

En l'espèce, dans la décision du 21 août 2019, l'OAIE a retenu que la recourante ne présentait pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année. La recourante invoque, quant à elle, être incapable d'exercer tout type d'activité en raison de ses diverses atteintes à la santé ainsi que des limitations fonctionnelles qui en découlent, ce qui revient à faire valoir une aggravation de son état de santé.

#### **E. 8.1**

Dans le cadre de la première demande de prestations AI, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ du 28 mai 2015, octroyant à la recourante une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1er novembre 2012 au 31 mai 2015, était principalement fondée sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 mars 2015, lequel a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques avec discopathie L5-S1 et cervicalgies chroniques avec status post-cure de hernie discale C6-C7 en 2011 et une capacité de travail entière dans l'activité de vendeuse en confection à compter, au plus tard, du jour de l'expertise précitée (OAIE pces 9, 15, 27 et 30). Les experts avaient remarqué que l'examen de médecine interne générale s'était révélé tout à fait normal. Sur le plan rhumatologique, les experts ont noté une discrète limitation des amplitudes du rachis cervical et la présence de quelques points de fibromyalgie sur l'hémicorps droit dans la région scapulaire et lombaire. Au niveau cervical, ils avaient également relevé la présence d'un status postopératoire avec une uncarthrose et présence de matériel. Au niveau du rachis lombaire, ils avaient décelé une discopathie plus importante en L5-S1 sans conflit disco-radriculaire. Selon l'expert rhumatologue, l'atteinte de l'appareil locomoteur entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : dans les activités lourdes nécessitant des ports de charges de plus de 5kg ou des mouvements en porte-à-faux du rachis. Toutefois, selon lui, l'exigibilité était entière dans une activité adaptée. Sur le plan neurologique, l'examen clinique n'avait révélé qu'une seule anomalie, à savoir une perte du réflexe achilléen droit, sans toutefois causé de trouble irritatif, ni déficitaire du point de vue sensitivomoteur. Le surplus rentrait dans les limites de la norme, sans évidence de signe de souffrance radriculaire ou tronculaire, tant aux membres supérieurs qu'inférieurs (OAIE pce 30 p. 11). Enfin, sur le plan psychiatrique, l'expert avait retenu un syndrome dépressif réactionnel d'intensité légère à modérée sans répercussion sur la capacité de travail, la recourante ayant tout de même conservé une capacité hédonique dans ses activités quotidiennes. Il notait également qu'il convenait de différencier les inquiétudes révélées par les difficultés existentielles de la recourante et les difficultés médicales psychiatrique objectives, qui n'avait en l'occurrence pas de valeur incapacitante en tant que telle. L'expert psychiatrique avait écarté le diagnostic de trouble somatoforme persistant, étant donné que la principale doléance psychiatrique reposait sur les difficultés financières de la recourante et non sur ses phénomènes algiques (OAIE pces 30 pp. 10 et 11). Sur la base de ces constats, les experts étaient parvenus à la conclusion que la recourante ne présentait pas d'atteinte significative à sa santé tant physique que psychique dans son ancienne activité de vendeuse en confection. En raison des limitations fonctionnelles somatiques susmentionnées, les experts ont précisé que l'ancienne activité de concierge n'était pas exigible (OAIE pce 30 p. 11).

### **E. 8.2**

Dans le cadre de la deuxième demande de prestations AI, ayant conduit à la décision de non-entrée en matière de l'OAIE du 23 août 2017 (OAIE pce 134), les médecins portugais ont fait état, au niveau de C5-C6, de troubles dégénératifs, d'unarthroses hypertrophiques et une hypertrophie des masses articulaires postérieures avec une discrète protrusion discale postérieure entourant le sac dural en C7-D1 (OAIE pce 124) et d'un syndrome cervical avec vertiges (OAIE pce 123). Par certificat médical du 29 avril 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin généraliste à (...), a retenu que la recourante souffrait d'un état dépressif continu sans amélioration malgré un suivi psychiatrique ainsi que de douleurs musculo-squelettiques diffuses (OAIE pce 125). Le Dr I. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a en effet confirmé par certificat médical daté 8 mai 2015, avoir suivi la recourante, qui a fait l'objet d'un traitement médical et que cette dernière devait, selon lui, recevoir un soutien sous la

forme de mesures de réinsertion pour permettre un retour au travail, sans davantage d'explications (OAIE pce 143). Sur cette base, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé, dans sa prise de position du 1er juin 2017, que la documentation médicale versée en cause par la recourante à l'appui de sa deuxième demande de prestations AI n'établissait pas de manière plausible une modification de l'incapacité de travail depuis la dernière évaluation, soit depuis la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B.\_\_\_\_\_ du 28 mai 2015, raison pour laquelle il a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques, de cervicalgies chroniques et d'un status post cure de HD C6-C7 en 2011 (OAIE pce 127).

### **E. 8.3**

Dans le cadre de la nouvelle demande de prestation AI, qui a abouti à la décision matérielle dont est recours, les rapports médicaux au dossier, recueillis postérieurement aux décisions du 28 mai 2015 et du 23 août 2017, font état des diagnostics de troubles dégénératifs en C5-C6 (OAIE pces 150, 151, 170, 183, 184 et 185), d'une uncarthrose hypertrophique (OAIE pces 150, 170 p.1-2 et 185), d'une hypertrophie dans les masses articulaires postérieures, la présence en C7-D1 d'une discrète protrusion discal postérieur encadrant le sac dural (OAIE pces 170 p. 1-2 et 185), d'une petite protrusion discale postéro-médiane en C4-C5 (OAIE pces 150, 151 et 183). Sur la base de ces informations médicales, l'OAIE a recueilli les prises de position médicales du SMR, soit pour lui du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, des 27 février, 6 mai et 15 juillet 2019 (OAIE pces 177, 193 et 210). Le médecin SMR, sur la base de l'examen du dossier, a réitéré les diagnostics de lombalgies chroniques, de cervicalgies chroniques et d'un status post cure HD C6-C7 en 2011. Il a remarqué qu'aucune nouvelle maladie ou anomalie clinique objective n'a été diagnostiquée et que la situation médicale de la recourante reste inchangée en comparaison des précédentes évaluations. En somme, il a noté que l'état de santé de la recourante est superposable à celui décrit à l'issue de l'expertise pluridisciplinaire mise en oeuvre en février 2015.

### **E. 8.4**

Le Tribunal constate dans un premier temps que les médecins intervenus dans la présente affaire s'accordent en substance quant aux diagnostics et observations médicales. On rappellera à cet égard qu'il n'appartient pas au juge de mettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). Il ressort ainsi des pièces au dossier, en particulier du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 mars 2015 (cf. OAIE pce 30), que les atteintes à la santé dont souffre la recourante, et ce jusqu'à la décision litigieuse, se situent principalement sur le plan somatique. Les médecins ont en substance retenu les diagnostics de lombalgies chroniques, de cervicalgies chroniques avec des anomalies constatées au niveau du rachis cervical et d'un status post cure HD C6-C7 en 2011. Ces diagnostics coïncident au surplus avec ceux retenus par les médecins portugais, qui ne mentionnent pas de nouvelles atteintes. S'agissant de l'hypothèse de la fibromyalgie évoquée par la Dre Sanchez, spécialiste en médecine interne, dans son rapport médical du 17 mai 2018 (OAIE pces 170 p. 1-2 et 185), il sied de préciser que ce point avait également été examiné lors de l'expertise pluridisciplinaire de février 2015, en relevant la présence de quelques points de la fibromyalgie (OAIE pce 30 p. 11). A l'instar de la Dre Sanchez, ce diagnostic n'avait pas été retenu par les experts. La Dre E.\_\_\_\_\_ a constaté la présence de 11 points douloureux mais qu'il convient de mettre sur le compte de la pathologie liée à la colonne vertébrale, raison pour laquelle la Dre E.\_\_\_\_\_ n'a pas

retenu le diagnostic de la fibromyalgie, qu'elle juge peu probable. En effet, au vu des éléments précités, la recourante présente des douleurs au niveau cervical et lombaire, où sont précisément localisés certains des points douloureux caractéristiques de la fibromyalgie. En dehors de ces points douloureux propres à la recourante, le reste de l'examen des articulations et des muscles ne retrouve aucune anomalie. Le diagnostic de fibromyalgie ne peut dès lors être retenu à la vraisemblance prépondérante, la recourante ne présentant pas de points de douleurs suffisant et propres à ce diagnostic. En effet, les douleurs de la recourante ont été objectivées par des examens radiologiques et des IRM, lesquels ont mis en évidence des atteintes somatiques au niveau de ses cervicales et de ses lombaires. S'agissant des vertiges et des étourdissements évoqués dans deux rapports médicaux de médecins portugais ainsi que par la recourante elle-même dans son opposition du 29 mai 2019 au projet de décision de l'OAIE du 8 mai 2019, il convient de relever que lesdits médecins se bornent à lister les plaintes de la recourante, sans poser de diagnostic fondé sur des examens médicaux, et sans les motiver en se fondant sur un examen complet du dossier et l'exposé de traitements (OAIE pces 123 et 149). Leur rapport ne saurait dès lors se voir reconnaître une valeur probante, ne répondant pas aux réquisits jurisprudentiels susmentionnés. Quant à la recourante, elle ne fait plus mention de vertiges et d'étourdissements au stade du recours pas plus qu'elle n'apporte de preuve médicale qu'un diagnostic à ce sujet aurait été posé *lege artis*. De surcroît, disposant de la spécialisation nécessaire pour pouvoir se déterminer valablement, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin SMR et spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, ainsi que la Dre Bravo, spécialiste en neurochirurgie, n'ont pas confirmé cet éventuel diagnostic dans leurs récentes évaluations. L'existence de vertiges et d'étourdissements ne peut dès lors être retenue à la vraisemblance prépondérante.

### **E. 8.5**

Par conséquent, les atteintes subies par la recourante à la date de la décision attaquée sont, a priori, identiques que celles subies au moment de la dernière décision ayant examiné matériellement le droit aux prestations.

### **E. 9**

Reste néanmoins à déterminer les répercussions des atteintes précitées sur la capacité de travail de la recourante.

#### **E. 9.1**

Il ressort du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 mars 2015 que la recourante se plaint d'avoir « tout le temps mal », présentant des contractures constantes de la nuque et des épaules. Elle se dit fatiguée par ses douleurs (OAIE pce 30 p. 7). Les experts ont également noté que la recourante se plaint de cervico-scapulalgies bilatérales chroniques avec irradiation régulière au membre supérieur droit ainsi que de lombalgies chroniques avec irradiation au membre inférieur droit, considérés d'intensité égale (OAIE pce 30 p. 10). Se basant sur l'examen clinique, les experts ont retenu que la recourante subit des limitations fonctionnelles au niveau de l'appareil locomoteur et doit éviter les activités lourdes nécessitant des ports de charges de plus de 5kg ou des mouvements en porte-à-faux du rachis. Les experts ont évalué de manière unanime que la recourante ne présente pas d'atteinte significative à sa santé physique ou psychique dans son ancienne activité principale de vendeuse en confection. Ils ont retenu en somme une capacité de travail entière dans cette activité existant au plus tard au moment de l'expertise, soit en février

2015, ainsi que dans toute autre activité adaptée. En revanche, ils ont estimé qu'en raison des limitations fonctionnelles somatiques précitées, la recourante n'est plus en mesure d'exercer l'activité de concierge (OAIE pce 30 p.11-12).

### **E. 9.2**

Les médecins portugais consultés par la recourante n'ont, quant à eux, pas fait état des répercussions de leurs diagnostics sur la capacité de travail de la recourante. Ils ne se sont pas non plus prononcés sur des éventuelles limitations fonctionnelles, à l'exception de la Dre F.\_\_\_\_\_ en recommandant à la recourante de ne pas effectuer d'efforts physiques, de ne pas porter de charges lourdes, ni de rester longtemps dans la même position et d'éviter la conduite prolongée (OAIE pce 184). Quant au médecin de la Sécurité sociale portugaise, dont la spécialisation est inconnue, il a indiqué que la recourante est apte à exercer son ancienne activité de vendeuse de confection, sans davantage de précisions (OAIE pce 164). Il sied ici de préciser que l'ensemble des rapports médicaux des médecins portugais ne sont que très sommaires, ne contenant pas d'anamnèse complète, ni d'analyse du dossier entier et que les affections retenues ne sont pas étayées et motivées. Lesdits rapports ne pourraient dès lors se voir accorder pleine valeur probante, ne satisfaisant pas aux exigences jurisprudentiels en la matière.

### **E. 9.3**

Le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin SMR, a ainsi tenu compte des observations existantes au dossier quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail. Il a estimé, dans ses prises de position des 27 février, 6 mai et 15 juillet 2019, que les observations cliniques ne signalaient pas de nouvelle incapacité de travail. Il a constaté que la capacité de travail de la recourante et ses limitations fonctionnelles n'ont pas subi de modifications, dès lors que la capacité de travail de la recourante est totale dans son ancienne activité et dans toute autre activité adaptée depuis le 17 février 2015. Pour le surplus, le Dr G.\_\_\_\_\_ renvoie à ces précédentes évaluations SMR, où il relève que la recourante subit les limitations fonctionnelles retenues lors de l'expertise pluridisciplinaire de février 2015, puisque son état de santé est, selon lui, superposable à celui existant au moment de ladite expertise (OAIE pces 27, 177, 193 et 210).

### **E. 9.4**

Dans ses écritures la recourante a argué que ses problèmes de santé et les douleurs afférentes ne lui permettaient pas de mener une vie normale et qu'elle n'était de ce fait pas en mesure d'exercer une activité professionnelle. Or, comme indiqué dans lesdites écritures, la recourante n'a pas produit de nouveaux éléments médicaux attestant ses dires. L'OAIE a ainsi examiné les pièces médicales recueillies au dossier postérieurement aux décisions du 28 mai 2015 et du 23 août 2017. Il appartient au service médical de l'AI de se prononcer sur la base du dossier et de demander d'instruire l'état de santé plus à fond notamment par le biais d'expertises médicales, en cas de dossiers médicaux contradictoires ou incomplets. Si l'administration, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit être procédé d'office, est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (arrêt du TF I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3 et les références; VALTERIO, op. cit., n° 2867). En l'occurrence, le dossier ne présentant pas d'incohérence, l'appréciation retenue par le médecin SMR, à savoir une pleine capacité de travail dans l'activité de vendeuse en

confection et dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles de la recourante n'a pas lieu d'être mise en doute.

#### **E. 9.5**

Dès lors, compte tenu du dossier existant et à défaut d'autres documents médicaux apportés par la recourante, le Tribunal de céans ne peut que retenir que l'évaluation de l'invalidité lors de la décision du 28 mai 2015 entrée en force reste valable puisque la recourante présente une incapacité de travail dans l'activité de concierge en raison de ses limitations fonctionnelles, mais garde une capacité totale de travail dans l'activité de vendeuse et dans toute activité adaptée auxdites limitations fonctionnelles.

#### **E. 10**

Ainsi, dans la mesure où les pièces versées au dossier ne sont pas de nature à infirmer ou modifier les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 9 mars 2015, ainsi que des prises de positions du médecin SMR, le Tribunal retient que la recourante est apte à travailler à plein temps dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. En conséquence, il n'existe aucun changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité de la recourante. Partant, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a rejeté la troisième demande de prestations de la recourante et la décision du 21 août 2019 ne porte pas le flanc à la critique. Il s'ensuit que, mal fondé, le recours doit être rejeté.

#### **E. 11**

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, comprenant l'émolument judiciaire et les débours, doivent être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 63 al. 1 PA et art. 1 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]). En l'espèce, les frais de procédure doivent être fixés à Fr. 800.-. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante le 25 octobre 2019 (TAF pces 2 et 6). Compte tenu de l'issue de la procédure, la recourante, au demeurant non représentée par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 FITAF a contrario).

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