

# **BVGer C-7302/2016 vom 12. Oktober 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-10-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7302\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7302_2016)

FR: TAF C-7302/2016 du 12 octobre 2020

IT: TAF C-7302/2016 del 12 ottobre 2020

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

En vertu de l'art. 31 LTAF (RS 173.32) en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

### **E. 1.2**

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (RS 172.021 ; art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

### **E. 1.3**

Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 4 et 5), le recours est recevable.

### **E. 2**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). 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 ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

### **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 (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

### **E. 3.2**

Le juge des assurances sociales 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 (en l'espèce, le 18 octobre 2016). 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, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b ; voir également arrêt du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

### **E. 3.3**

L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où la requérante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). 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'AI 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 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

### **E. 4.1**

La décision du 18 octobre 2016 dont est recours fait suite à une première demande de prestations d'invalidité reçue par l'administration le 27 novembre 2013 et rejetée par décision de l'OAIE du 19 juin 2014, au motif que l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente et que de ce fait, il n'y avait pas d'invalidité au sens des dispositions légales applicables (OAIE docs 1, 18) ; la décision du 19 juin 2014 n'a pas été contestée et est entrée en force.

### **E. 4.2**

L'entrée en force de la décision antérieure fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état des faits jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande de prestations ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de la personne concernée (art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] en rapport avec l'art. 87 al. 2 RAI). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande de rente, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande ; elle doit alors examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du TF 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne concernée est effectivement survenue. Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la décision précédente, passée en force, ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à des prestations et de statuer en conséquence. En d'autres termes, lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt du TF 9C\_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2).

#### **E. 4.3**

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du ou de la bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a), en ce sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève Zurich Bâle 2018, n° 11 ss ad art. 31). Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et les réf. cit.).

#### **E. 4.4**

En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge. En effet, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (arrêt du

TF I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2 ; ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 108 consid. 2).

#### **E. 4.5**

En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 18 octobre 2016 (OAIE doc 83), par laquelle l'OAIE a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'intéressée au motif que malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative est toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Dès lors que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande, le Tribunal doit examiner, dans un premier temps, si l'état de santé et/ou ses conséquences sur la capacité de gain de l'intéressée ont bel et bien subi un changement, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 19 juin 2014, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 18 octobre 2016, date de la décision litigieuse. Puis, le cas échéant, le Tribunal jugera, dans un deuxième temps, si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations ou si c'est à juste titre que l'OAIE a refusé à la recourante le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

#### **E. 5**

Tout requérant-e, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI ; voir également art. 6 et 45 du règlement [CE] n° 883/2004, FF 2005 p. 4065 ; ATF 131 V 390). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (voir extrait de compte individuel [TAF pce 3]).

#### **E. 6.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI 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. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 1ère phrase LPGA). Ainsi, l'objet assuré par l'AI suisse n'est pas l'atteinte à la santé, 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 ; 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. 6.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

### **E. 7.1**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 réf. cit.).

### **E. 7.2**

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

#### **E. 7.2.1**

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, op. cit., n. 33 ad art. 57).

#### **E. 7.2.2**

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction

complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Michel Valterio, op. cit., n. 43 ad art. 57). Les prises de position du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du 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). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Par ailleurs, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent là aussi donner lieu à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

### **E. 7.3**

S'agissant des troubles psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs légers à moyens, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles devrait être évaluée, selon la jurisprudence, sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un-e expert-e (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélé par

l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Cela étant, la Haute Cour a souligné que cette nouvelle jurisprudence ne modifiait en rien celle tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA, laquelle exige la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et impose un examen objectif de l'exigibilité, le fardeau de la preuve matérielle incombant à la personne requérante. Comme auparavant, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante au degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards, et exemptes de contradictions (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 3.7.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

## E. 8

Dans le cadre de la première demande de prestations AI, déposée le 25 octobre 2013, les documents médicaux suivants ont été versés au dossier : - un rapport du 7 février 2013 du service de chirurgie plastique du Complexe hospitalier universitaire de Z., relatif à une intervention chirurgicale, en raison d'une maladie de De Quervain à droite (OAIE doc 11), - les résultats d'une spirométrie effectuée le 4 septembre 2013 (OAIE doc 6), - un rapport du 21 octobre 2013 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressée, qui pose les diagnostics d'asthme, de syndrome dépressif anxieux, de stress, de syndrome du tunnel carpien (chirurgie), d'hypertension et de psoriasis palmo-plantaire ; il indique que sa patiente suit un traitement médicamenteux (Rilast forte, Singulier 10mg [traitement de l'asthme], Valsartan hydrochlorothiazide 150/12.5 [anti-hypertenseur], Bretaris genuair [maladie pulmonaire] et Deprax 100mg [antidépresseur]) et que les pathologies dont elle souffre pourraient constituer un handicap dans l'exercice de l'activité habituelle (OAIE doc 12), - un rapport E 213 du 21 novembre 2013 établi par la Dre B.\_\_\_\_\_ suite à un examen de l'intéressée, pratiqué le 11 novembre 2013 ; la Dre B.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics d'asthme bronchique contrôlé par traitement et de status après opération d'un tunnel carpien droit en 2012, et conclut que l'intéressée peut exercer, à temps complet, son activité habituelle comme des activités adaptées (OAIE doc 5). Il ressort de cette documentation, ainsi que l'a retenu la Dre C.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 14 mars 2014 (OAIE doc 16), qu'à l'époque de la décision initiale de refus de prestations du 19 juin 2014 (OAIE doc 18), la recourante souffrait d'hypertension, de psoriasis palmo-plantaire, d'asthme bronchique, de status après opération d'un tunnel carpien droit et d'un état anxio-dépressif. Toutes ces atteintes ont été considérées comme étant sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée, dans la mesure où, selon les médecins qui se sont exprimés, l'asthme bronchique était contrôlé sous traitement, en suivi pneumologique, sans hospitalisation récente, que l'hypertension était également traitée par médicament, de même que l'état anxio-dépressif (voir la médication énumérée dans le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ [OAIE doc 12]), lequel ne faisait pas l'objet d'un suivi psychiatrique, et qu'aucune atteinte n'était relevée au niveau des membres supérieurs (rapport E 213 [OAIE doc 5], ch. 4.8.2). Les rapports médicaux au dossier n'objectivaient par ailleurs aucune limitation fonctionnelle significative. En effet, si la Dre B.\_\_\_\_\_, dans le rapport E 213, notait que l'intéressée pouvait montrer quelque difficulté en cas d'efforts physiques intenses et devait éviter de travailler en présence de fumée, vapeur ou gaz et dans le froid, elle concluait sans équivoque que l'exercice à temps complet de l'activité habituelle comme d'activités adaptées était exigible ; quant au médecin traitant, il se contentait de mentionner l'éventualité d'une influence des atteintes précitées sur la capacité de travail de sa patiente, sans préciser ce qu'il en était dans le cas concret.

## E. 9.1

Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée par l'intéressée en mai 2015, de nouveaux documents médicaux sont produits : - un rapport d'urgence peu lisible du 26 octobre 2013, faisant état d'un traumatisme au pied gauche suite à la chute accidentelle d'un objet (OAIE doc 27), - un rapport établi par la Dre D.\_\_\_\_\_ relatif à deux consultations en santé mentale auxquelles l'intéressée a pris part les 6 juin et 10 juillet 2014, suite au suicide de son fils en mars 2014 ; le 6 juin 2014, la Dre D.\_\_\_\_\_ constate chez l'intéressée une humeur dépressive en lien avec le commencement du processus de deuil, dont les caractéristiques s'avèrent normales pour le moment ; le 10 juillet 2014, elle rapporte que la recourante se trouve mieux, avec notamment une diminution de la reviviscence de l'événement traumatique et du niveau d'angoisse ; un prochain rendez-vous est fixé trois mois plus tard auprès l'USM, et un traitement médicamenteux, composé d'antidépresseurs (Sertraline 100mg, Deprax 100mg), d'un anxiolytique (Lorazepam 1mg) et d'un antalgique pour des céphalées (Antalgin), est prescrit (OAIE doc 26), - un rapport médical d'évaluation de l'incapacité de travail du 27 octobre 2014, établi par la Dre E.\_\_\_\_\_ qui retient, comme diagnostic principal, une « réaction à un facteur de stress sévère » (CIM-10 : F 43.8, correspondant à DSM-5, code 309.89) ; la Dre E.\_\_\_\_\_ note également, sur le plan psychiatrique, un trouble de l'adaptation consécutif à un deuil, évoluant lentement, et, sur le plan somatique, les diagnostics de maladie de De Quervain à la main droite, opérée le 7 février 2013, d'hypertension et d'asthme traité depuis août 2012 ; relevant, en tant que limitations organiques et/ou fonctionnelles, une respiration sifflante à l'expiration, une labilité émotionnelle, un état dépressif, une anxiété modérée et des angoisses intermittentes, le médecin conclut que pour l'instant, l'état de l'intéressée n'est pas compensé, avant tout du point de vue psychologique (OAIE doc 28), - un second rapport médical d'évaluation de l'incapacité de travail de la Dre E.\_\_\_\_\_, du 31 mars 2015 ; le médecin de l'INSS reprend les diagnostics de son précédent rapport ; elle relève une évolution lente et fluctuante au niveau psychologique, toujours avec un suivi auprès de l'USM ; au niveau somatique, l'état respiratoire est décrit comme stable, et une lésion intra-épithéliale est rapportée, ayant nécessité un examen cytologique ; le traitement médicamenteux suivi consiste toujours en Rilast forte, Singulair 10mg, Valsartan hydrochlorothiazide 160/12.5, Bretaris genuair, Sertraline 100mg, Lorazepam 1mg, Deprax 100mg et Antalgin, auxquels a été ajouté du Omeprazol [antiulcéreux] ; le médecin observe les mêmes limitations organiques et/ou fonctionnelles que précédemment, excepté au niveau respiratoire, et conclut que le processus de deuil est très symptomatique et qu'actuellement, l'intéressée n'a pas retrouvé sa capacité de travail (OAIE doc 29), - un rapport E 213 du 1er juin 2015, établi par la Dre E.\_\_\_\_\_ suite à un examen de l'intéressée pratiqué le 18 mai 2015, dans lequel le médecin se réfère en particulier à son rapport du 31 mars 2015 (OAIE doc 25). Dans sa prise de position du 1er octobre 2015 (OAIE doc 52), la Dre C.\_\_\_\_\_ relève qu'au niveau somatique, l'intéressée présente les mêmes atteintes à la santé que lors de sa prise de position précédente, lesquelles ne motivent pas d'incapacité de travail significative, et que sur le plan psychique, compte tenu de l'état dépressif marqué de l'intéressée suite au décès de son fils, avec un suivi psychiatrique depuis lors, il convient de soumettre le dossier à un médecin spécialiste. Dans sa prise de position du 13 novembre 2015 (OAIE doc 53), la Dre F.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès du service médical de l'OAIE, se référant aux constatations psychopathologiques et à l'appréciation spécialisée de la Dre D.\_\_\_\_\_, note que l'intéressée présente une réaction normale au deuil suite au décès de son fils. Elle explique qu'il s'agit généralement d'une

atteinte psychologique temporaire et que l'on ne peut donc en déduire des répercussions permanentes sur la capacité de travail. Elle retient dès lors, parmi les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, une réaction normale au deuil et un état anxio-dépressif en 2013.

### **E. 9.2**

En procédure d'audition, l'intéressée joint à son écriture du 30 décembre 2015 (OAIE doc 58), contestant le projet de décision, un nouveau rapport E 213 du 4 août 2015 de la Dre E.\_\_\_\_\_, établi suite à un examen de l'intéressée pratiqué le 31 juillet 2015. La Dre E.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics de maladie de De Quervain à la main droite, opérée le 7 février 2013, d'asthme et de trouble prolongé de l'adaptation consécutif à un deuil, avec suivi auprès de l'USM. Elle note que l'intéressée se trouve limitée dans les tâches qui s'effectuent dans un environnement poussiéreux, en présence de fumée, de gaz ou de vapeur, et nécessitant une attention et une concentration soutenue et/ou un stress modéré, mais qu'elle peut réaliser des travaux légers ; le médecin conclut à une capacité de travail de 50% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (OAIE doc 57). Consultée à cet égard, la Dre C.\_\_\_\_\_, dans une prise de position du 4 février 2016 (OAIE doc 60), précise que l'intervention à la main droite en février 2013 était le traitement d'une tendinite et non pas du tunnel carpien, et requiert un complément d'instruction, avec rapport orthopédique de chirurgie de la main précisant les déficits fonctionnels, s'il y en a. Concernant l'asthme, la Dre C.\_\_\_\_\_ relève qu'il convient là aussi de requérir un complément d'instruction. Au plan psychiatrique, la Dre C.\_\_\_\_\_ indique qu'aucune nouvelle documentation n'est produite dans le cadre de l'audition, alors que l'intéressée est en suivi spécialisé. Sont dès lors encore versés au dossier : - un rapport d'anamnèse et d'exploration physique du 9 janvier 2013 et un protocole chirurgical du 7 février 2013 du service de chirurgie plastique du Complexe hospitalier universitaire de Z. relatifs à une maladie de De Quervain à droite et à une chirurgie de libération du premier rayon de l'avant-bras droit, ainsi qu'un rapport de consultation du 11 mars 2013 faisant état d'une bonne évolution post-opératoire (OAIE docs 67 p. 2 et 3, 79), - deux rapports pneumologiques des 28 mars et 9 juin 2016, établis par le Dr G.\_\_\_\_\_, qui conclut à un asthme bronchique persistant modéré, avec comorbidité en raison d'un syndrome dépressif post-traumatique (OAIE docs 64 et 72 ; voir également OAIE doc 63 et rapports de spirométrie des 17 septembre 2015 et 17 mars 2016 [OAIE docs 73 et 74]). Dans une ultime prise de position du 26 septembre 2016 (OAIE doc 82), la Dre C.\_\_\_\_\_, à qui la nouvelle documentation médicale a été soumise, confirme que sur le plan ostéo-articulaire, l'intéressée a présenté une tendinite de De Quervain, affection bénigne, traitée efficacement par chirurgie. Sur le plan pneumologique, la Dre C.\_\_\_\_\_ note que selon les rapports produits, l'intéressée présente un asthme bronchique léger à modéré bien contrôlé de façon durable, sous traitement. Ces deux atteintes ne motiveraient pas d'incapacité de travail significative, et la Dre C.\_\_\_\_\_ maintient ses conclusions précédentes, retenant en définitive les diagnostics de tendinite de De Quervain à droite, status après décompression le 7 février 2013, d'hypertension, de psoriasis palmo-plantaire, d'asthme bronchique bien contrôlé et d'état anxio-dépressif.

### **E. 10**

A l'examen des documents qui précèdent, le Tribunal constate d'emblée qu'au niveau somatique, la situation ne s'est pas modifiée, du moins de manière à influencer les droits de la recourante, et qu'il convient à cet égard de suivre les conclusions de la Dre C.\_\_\_\_\_,

laquelle a judicieusement requis les compléments d'instruction propres à confirmer sa position et fait dans ses diverses prises de position une appréciation convaincante et motivée des éléments médicaux (voir supra consid. 7.2.2).

### **E. 10.1**

Ainsi, il ressort des documents médicaux produits lors de la première demande de prestations que l'asthme bronchique dont souffre la recourante faisait l'objet d'un suivi pneumologique et d'un traitement à base de médicaments (Rilast forte, Singulier 10mg, Bretaris genuair), et qu'il n'y avait pas eu d'hospitalisation récente consécutive à cette atteinte ; la Dre B.\_\_\_\_\_, ayant examiné l'intéressée en novembre 2013, notait d'ailleurs que cette dernière était eupnéique, et qualifiait l'asthme de léger (voir rapport du 21 octobre 2013 du Dr H.\_\_\_\_\_, et rapport E 213 de la Dre B.\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2013 ch. 3.1, 3.2, 3.3, 4.4, 8 [OAIE docs 5, 12]). Les rapports produits dans le cadre de la seconde demande ne disent pas autre chose. Certes, dans son premier rapport, du 27 octobre 2014 (OAIE doc 28), la Dre E.\_\_\_\_\_, qui précise que l'asthme, diagnostiqué il y a plus de 10 ans, était stable jusqu'en 2012, année durant laquelle a eu lieu la première réactivation rapportée, observe que l'asthme demeure symptomatique au moment de son rapport et que la respiration est sifflante à l'expiration ; cela étant, elle confirme qu'un suivi thérapeutique est en place depuis août 2012, énumère la même médication que celle listée par le Dr H.\_\_\_\_\_ et la Dre B.\_\_\_\_\_ dans le cadre de la première demande de prestations et note, comme la Dre B.\_\_\_\_\_, que l'intéressée est eupnéique. De plus, dès son rapport suivant, du 31 mars 2015 (OAIE doc 29), la Dre E.\_\_\_\_\_ ne fait plus état de symptômes liés à l'asthme, ni de respiration sifflante ; elle constate bien plutôt un état stable au niveau respiratoire, le traitement se poursuivant. Les observations sont les mêmes dans le rapport E 213 du 1er juin 2015, dans lequel la Dre E.\_\_\_\_\_ renvoie d'ailleurs à son rapport du 31 mars 2015 (OAIE doc 25, ch. 3.3, 6, 7, 8), puis dans son rapport E 213 du 4 août 2015 (OAIE doc 57, ch. 3.1, 3.3, 4.4, 8). Enfin, les deux rapports pneumologiques des 28 mars et 9 juin 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_, ainsi que les rapports de spirométrie des 17 septembre 2015 et 17 mars 2016, requis suite à la prise de position de la Dre C.\_\_\_\_\_ du 4 février 2016 (OAIE docs 60, 64, 72 à 74), font état d'un asthme bronchique persistant modéré, d'une auscultation pulmonaire normale et d'une obstruction discrète avec réponse post-bronchodilatation positive qui corrige l'obstruction, traitement dont la Dre B.\_\_\_\_\_ disait déjà dans son rapport E 213 du 21 novembre 2013 qu'il pouvait améliorer l'état de santé de l'intéressée (OAIE doc 5 ch. 11.11). L'ensemble de cette documentation médicale permet à la Dre C.\_\_\_\_\_, dans son ultime prise de position du 26 septembre 2016 (OAIE doc 82), de conclure de façon tout à fait convaincante que la recourante présente, tout comme lors de la première demande de prestations, un asthme bronchique léger à modéré bien contrôlé de façon durable, sous traitement, ne motivant pas d'incapacité de travail significative.

### **E. 10.2**

Au niveau ostéo-articulaire, il avait été retenu dans le cadre de la première demande de prestations, le diagnostic de status après opération du tunnel carpien à droite en février 2013 (prise de position de la Dre C.\_\_\_\_\_ du 14 mars 2014 [OAIE doc 16]), diagnostic fondé notamment sur le rapport du 21 octobre 2013 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, et sur le rapport E 213 du 21 novembre 2013 de la Dre B.\_\_\_\_\_, qui tous deux font état d'une chirurgie du tunnel carpien (OAIE docs 5, 12). Dans le cadre de la seconde demande de prestations, la Dre C.\_\_\_\_\_, sur la base des documents au dossier,

notamment ceux produits à sa demande, et des allégations de la recourante en procédure d'audition, a toutefois rectifié le diagnostic lié au tunnel carpien, indiquant qu'il s'agissait en fait d'une intervention pour une tendinite de De Quervain, sans que cela ne modifie cependant ses conclusions quant à l'absence de répercussion de cette atteinte sur la capacité de travail de l'intéressée (prises de position des 4 février et 26 septembre 2016 [OAIE docs 60, 82]). La Dre C. \_\_\_\_\_ relève en effet que cette affection ostéo-articulaire, pour laquelle l'intéressée a été traitée par décompression chirurgicale le 7 février 2013, est bénigne, que l'opération a présenté une bonne évolution et que, tout comme cela ressortait des rapports médicaux remis dans le cadre de la première demande de prestations, l'atteinte n'est pas invalidante. Les rapports médicaux produits dans le cadre de la seconde demande de prestations confirment la position de la Dre C. \_\_\_\_\_ et l'absence de modification de l'état ostéo-articulaire de la recourante par rapport à la première demande. En effet, la Dre E. \_\_\_\_\_ mentionne l'intervention chirurgicale de février 2013, mais ne fait aucune observation médicale relative aux membres supérieurs ni aucune allusion quant à d'éventuelles limitations fonctionnelles à ce niveau dans ses rapports des 27 octobre 2014 et 31 mars 2015 (OAIE docs 28, 29) ou dans son rapport E 213 du 1er juin 2015 (OAIE doc 25 ch. 4.8.2, ch. 8, 10) ; bien plus, dans son rapport E 213 du 4 août 2015 (OAIE doc 57), elle note, comme la Dre B. \_\_\_\_\_ dans son rapport E 213 du 21 novembre 2013 établi dans le cadre de la première demande (OAIE doc 5, ch. 4.8.2), que la fonctionnalité est conservée au niveau des membres supérieurs de l'examinée (ch. 4.8.2). Quant à la documentation complémentaire requise à cet égard par la Dre C. \_\_\_\_\_ en procédure d'audition (voir prise de position du 4 février 2016 [OAIE doc 60]), elle ne fait état d'aucun déficit fonctionnel, ainsi qu'il en était déjà le cas dans le cadre de la première demande (voir rapport d'anamnèse et d'exploration physique du 9 janvier 2013, protocole chirurgical du 7 février 2013 et rapport de consultation du 11 mars 2013 [OAIE docs 67 p. 2 et 3, 79]).

### **E. 10.3.1**

S'agissant de l'hypertension, elle est, dans le cadre de la seconde demande de prestations, toujours énumérée parmi les diagnostics retenus par les différents médecins et traitée au moyen du même médicament (Valsartan hydrochlorothiazide), sans indication aucune d'un éventuel changement, de l'apparition d'une limitation fonctionnelle liée à cette atteinte ou d'une répercussion de celle-ci sur la capacité de travail de l'intéressée (voir, pour la première demande : OAIE doc 5 ch. 3.3, doc 12, doc 16 [prise de position du 14 mars 2014 de la Dre C. \_\_\_\_\_] ; voir, pour la deuxième demande : OAIE doc 25 ch. 3.3, ch. 7, docs 26, 28, 29, 52, doc 57 ch. 3.3, doc 82).

### **E. 10.3.2**

Quant au psoriasis palmo-plantaire, s'il est encore cité dans le rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_ suite à la première consultation psychiatrique de la recourante en juin 2014, il n'apparaît plus dans les autres rapports médicaux produits dans le cadre de la seconde demande de prestations. La Dre C. \_\_\_\_\_ le retient par conséquent, comme lors de la première demande de prestations (prise de position du 14 mars 2014 [OAIE doc 16]), parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée (voir notamment prise de position du 1er octobre 2015 [OAIE doc 52]), ce qu'on ne saurait critiquer.

### **E. 10.3.3**

Le traumatisme du pied gauche résultant de la chute d'un objet, dont fait état le rapport d'urgence du 26 octobre 2013 (OAIE doc 27) produit dans le cadre de la seconde demande

de prestations, ne saurait non plus constituer une atteinte durable ayant des répercussions sur la capacité de travail, dans la mesure où aucun document médical versé au dossier, que ce soit lors de la première ou lors de la seconde demande de prestations, pas même le rapport d'urgence précité, ne fait état d'une incapacité quelconque en lien avec cet accident ou de limitations fonctionnelles des membres inférieurs ; aucun document médical, autre que le rapport d'urgence, n'y fait d'ailleurs allusion.

#### **E. 10.3.4**

Enfin, la Dre E. \_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport d'évaluation du 31 mars 2015 (OAIE doc 29) que l'intéressée a subi un examen cytologique le 27 mars 2015 en raison d'une lésion intra-épithéliale (LSIL). Toutefois, dans son rapport E 213 du 4 août 2015, le même médecin indique que le test HPV (Human Papilloma Virus) est négatif (voir OAIE doc 57 ch. 4.7 relatif à l'appareil génito-urinaire), de sorte qu'il n'y a pas lieu, au niveau gynécologique non plus, de retenir une modification de l'état de santé de la recourante.

#### **E. 10.4**

Le constat est le même s'agissant des limitations fonctionnelles que les médecins qui se sont exprimés à cet égard ont rapportées. Ainsi, la Dre B. \_\_\_\_\_ notait dans son rapport E 213 du 21 novembre 2013 que l'intéressée pouvait montrer quelque handicap en cas d'efforts physiques intenses et qu'elle devait éviter de travailler en présence de fumée, vapeur ou gaz et dans le froid (OAIE doc 5 ch. 8 et 10.1). Or, on retrouve ces restrictions au niveau somatique dans le rapport E 213 du 4 août 2015 de la Dre E. \_\_\_\_\_, laquelle indique que l'intéressée se trouve limitée dans les tâches s'effectuant dans un environnement poussiéreux, en présence de fumée, gaz ou vapeur, et qu'elle peut réaliser des travaux légers (OAIE doc 57 ch. 8 et 10.1).

#### **E. 11**

Il appert dès lors que l'état de santé somatique de l'intéressée peut être considéré comme inchangé entre la première et la seconde demande de prestations déposées par la recourante. Le Tribunal observe qu'il n'en est toutefois pas de même s'agissant des atteintes de nature psychique.

#### **E. 11.1**

Il ressort en effet des pièces au dossier qu'à l'époque de la décision initiale de refus de prestations du 19 juin 2014 (OAIE doc 18), il avait été retenu que la recourante présentait un état anxio-dépressif, état traité par médicament (Deprax 100mg) prescrit par son médecin traitant (Dr H. \_\_\_\_\_), sans suivi spécialisé et sans indication d'une éventuelle répercussion sur la capacité de travail (OAIE doc 5 ch. 3.3, doc 12 ; prise de position du 14 mars 2014 de la Dre C. \_\_\_\_\_ [OAIE doc 16]).

#### **E. 11.2**

Or, dans le cadre de la seconde demande de prestations, la recourante produit un rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_ établi suite à une consultation psychiatrique ayant eu lieu le 6 juin 2014, à propos de laquelle la Dre D. \_\_\_\_\_ précise qu'il s'agit là d'un premier contact avec la psychiatrie (OAIE doc 26). Le médecin observe notamment dans ce rapport une humeur dépressive en lien avec le commencement d'un processus de deuil, état faisant suite au suicide du fils de la recourante en mars 2014, et rapporte que sa patiente souffre d'images mentales répétées du décès, d'hallucinations auditives, d'obsessions, etc. ; elle conclut à un début de deuil dont les caractéristiques s'avèrent pour l'heure normales. Le traitement

médicamenteux est cependant intensifié, la Dre D. \_\_\_\_\_ ajoutant au Deprax, un antidépresseur (Sertraline 100mg) et un anxiolytique (Lorazepam 1mg). Une seconde consultation a lieu le 10 juillet 2014 (OAIE doc 26), lors de laquelle la Dre D. \_\_\_\_\_ constate que l'intéressée se trouve mieux, avec notamment une diminution de la reviviscence de l'événement traumatique et du niveau d'angoisse ; le traitement médicamenteux est encore renforcé en raison de céphalées et un suivi auprès l'USM est organisé. Puis se trouve au dossier le rapport du 27 octobre 2014 de la Dre E. \_\_\_\_\_, médecin auprès de l'INSS (OAIE doc 28), chargée, par ce rapport, d'évaluer la capacité de travail de l'intéressée selon la réglementation espagnole. La Dre E. \_\_\_\_\_ relève chez la recourante un trouble de l'humeur récemment aggravé par le décès du fils de celle-ci. Le médecin décrit des pleurs, des angoisses et des signes d'anxiété modérée, une tendance à l'isolement et à la clinophilie, et retient, comme limitations fonctionnelles, une labilité émotionnelle, un état dépressif, une anxiété modérée et des angoisses intermittentes, limitations dont il n'était pas fait état dans le cadre de la première demande de prestations. La Dre E. \_\_\_\_\_, comme la Dre D. \_\_\_\_\_, mentionne, parmi les diagnostics qu'elle énumère, l'évolution lente, mais aux caractéristiques normales, de l'état psychologique, faisant néanmoins du diagnostic de « réaction à un facteur de stress sévère » son diagnostic principal. Elle indique également que la recourante est toujours suivie auprès de l'USM, et conclut que pour l'instant, l'état de la recourante n'est pas compensé, avant tout du point de vue psychologique. Dans son rapport subséquent, du 31 mars 2015 (OAIE doc 29), la Dre E. \_\_\_\_\_ maintient le même diagnostic principal que dans son rapport du 27 octobre 2014, indiquant que le suivi auprès de l'USM se poursuit. Elle relève une évolution lente et fluctuante au niveau psychologique, et rapporte notamment, après avoir examiné l'intéressée, l'expression d'un désespoir et d'un manque de perspectives futures, bien que le soutien de la famille proche soit bon. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle fait toujours état de labilité émotionnelle, d'un état dépressif, d'une anxiété modérée et d'angoisses intermittentes, limitations qu'elle reprend dans le rapport E 213 du 1er juin 2015 (OAIE doc 25 ch. 8). Elle conclut dans son rapport du 31 mars 2015 que le processus de deuil est très symptomatique et qu'actuellement, l'intéressée n'a pas retrouvé sa capacité de travail. Enfin, dans son dernier rapport E 213 du 4 août 2015, la Dre E. \_\_\_\_\_ note le diagnostic de trouble de l'adaptation consécutif à un deuil, avec suivi auprès de l'USM, et ajoute aux limitations de nature somatique qu'elle observe un état dépressif, une apathie et une tristesse, une anxiété modérée et des angoisses intermittentes ; elle indique encore que la recourante se trouve limitée dans les tâches nécessitant une attention et une concentration soutenue et/ou un stress modéré, et retient une capacité de travail de 50% dans toute activité (OAIE doc 57 ch. 8 et 10.2).

### **E. 11.3**

Il résulte ainsi de ce qui précède qu'une modification de l'état de santé de la recourante au niveau psychologique est bel et bien survenue depuis la décision du 19 juin 2014, modification que la Dre C. \_\_\_\_\_ a également observée dans sa prise de position du 1er octobre 2015 (OAIE doc 52). Elle y relève en effet que sur le plan psychique, l'intéressée a développé un état dépressif marqué suite au décès par suicide de son fils unique en mars 2014, avec un suivi psychiatrique depuis lors, raison pour laquelle elle sollicite l'avis d'un médecin psychiatre de l'OAIE, la Dre F. \_\_\_\_\_ en l'occurrence, laquelle confirmera le changement constaté dans l'état psychologique de l'intéressée.

### **E. 11.4**

Dans sa prise de position du 13 novembre 2015 (OAIE doc 53), la Dre F.\_\_\_\_\_ expose dans un premier temps les conclusions au niveau psychiatrique retenues dans le cadre de la première demande de prestations, à savoir un état anxio-dépressif, sans répercussion sur la capacité de travail. Puis elle se réfère, dans un deuxième temps, au rapport de la Dre D.\_\_\_\_\_, indiquant que cette évaluation psychiatrique a révélé chez la recourante une réaction, qualifiée de normale, au deuil provoqué par le décès de son fils, réaction ayant donné lieu à une légère adaptation de la médication et à un rendez-vous de suivi trois mois plus tard. Enfin, la Dre F.\_\_\_\_\_ note dans un troisième temps qu'il s'agit là généralement d'une atteinte psychologique temporaire et que l'on ne peut donc en déduire des répercussions permanentes sur la capacité de travail. Elle conclut dès lors à une réaction normale au deuil et à un état anxio-dépressif en 2013, sans conséquence sur la capacité de travail. La Dre F.\_\_\_\_\_ note ainsi elle aussi un changement dans l'état psychique de la recourante, qu'elle lie au deuil vécu par cette dernière, constat auquel le Tribunal adhère.

### **E. 11.5**

Cela étant, la Dre F.\_\_\_\_\_, suivie par l'OAIE dans la décision contestée, estime qu'une telle atteinte n'a pas d'effet sur la capacité de travail. Or, après examen de la prise de position de la psychiatre de l'OAIE et des pièces au dossier, le Tribunal ne peut, au vu en particulier de la jurisprudence concernant la valeur probante des prises de position des médecins rattachés à l'assureur (voir supra consid. 7.2.2), se rallier à cette conclusion.

#### **E. 11.5.1**

Le Tribunal observe en effet que la Dre F.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position, se contente de se référer au rapport de la Dre D.\_\_\_\_\_, lequel concerne des consultations ayant eu lieu en juin et juillet 2014. Or, en mars 2015, la Dre E.\_\_\_\_\_ fait encore largement état de troubles d'ordre psychique liés au deuil vécu en mars 2014 : elle constate ainsi toujours, chez la recourante, un processus de deuil très symptomatique et fait de la « réaction à un facteur de stress sévère » son diagnostic principal ; elle indique également que la recourante est toujours suivie auprès de l'USM et qu'elle n'a pas retrouvé sa capacité de travail (rapport du 31 mars 2015 [OAIE doc 29]). Certes, on ne connaît pas la spécialisation de la Dre E.\_\_\_\_\_, mais il n'en demeure pas moins que son rapport contient des éléments suggérant que l'état psychique dans lequel s'est trouvée la recourante suite au décès de son fils, et que la Dre D.\_\_\_\_\_ considérait comme normal en juin 2014 (OAIE doc 26), s'est prolongé et aurait des conséquences sur la capacité de travail. Or, malgré les indices contenus dans le rapport de la Dre E.\_\_\_\_\_, la Dre F.\_\_\_\_\_ passe ce rapport sous silence et conclut de surcroît que de manière générale, le genre d'atteinte psychologique dont souffre la recourante suite au décès de son fils est temporaire et qu'on ne peut en déduire des répercussions permanentes sur la capacité de travail. Pourtant, la tâche des médecins du service médical de l'OAIE, comme des autres médecins consultés dans le cadre de l'examen d'une demande de prestations de l'AI, consiste à porter une appréciation sur la situation médicale particulière de la personne concernée, et non pas à indiquer quelle influence en général une atteinte à la santé peut avoir sur la capacité de travail. Au vu de ces éléments déjà, on ne saurait se fonder sur les conclusions de la Dre F.\_\_\_\_\_, incomplètes et générales.

#### **E. 11.5.2**

La fiabilité des conclusions de la Dre F.\_\_\_\_\_ est également mise en cause par le fait qu'elle se fonde sur les documents au dossier qui, s'ils suffisent à convaincre d'une

modification de l'état de santé sur le plan psychique, s'avèrent cependant insuffisants pour déterminer si oui ou non, les circonstances se sont modifiées dans une mesure propre à ouvrir droit à des prestations de l'AI. Ainsi, la Dre D.\_\_\_\_\_, seule spécialiste en psychiatrie ayant examiné la recourante et dont le rapport figure au dossier, observe un processus de deuil à ses débuts, sans toutefois poser de diagnostic clair ou exclure toute pathologie, et ne dit rien en outre d'éventuelles limitations fonctionnelles ou de la capacité de travail de la recourante dans ces circonstances ; le fait qu'elle estime les caractéristiques de ce processus de deuil comme étant normales « pour l'heure », à savoir deux à trois mois après le décès du fils de l'intéressée, ne permet pas non plus de conclure que les troubles psychiques dont souffre l'intéressée n'ont pas et n'auront pas de répercussion sur sa capacité de travail (OAIE doc 26). Puis, se trouvent au dossier les deux rapports des 27 octobre 2014 et 31 mars 2015 (OAIE docs 28, 29), ainsi que les deux rapports E 213 des 1er juin et 4 août 2015 (OAIE docs 25, 57) de la Dre E.\_\_\_\_\_, dont on ne connaît pas la spécialisation et dont les rapports ne permettent pas non plus d'établir un ou des diagnostics psychiatriques clairs, ni de se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressée, quand bien même ils contiennent des éléments à cet égard. Ainsi, la Dre E.\_\_\_\_\_ retient en premier lieu, dans ses rapports des 27 octobre 2014 et 31 mars 2015, le diagnostic principal de « réaction à un facteur de stress sévère » (CIM-10 : F 43.8, correspondant à DSM-5, code 309.89), tout en faisant également état de trouble de l'adaptation consécutif à un deuil et de trouble de l'humeur récemment aggravé ; puis, dans le rapport E 213 du 1er juin 2015, qui pourtant se réfère au rapport du 31 mars 2015, et dans celui du 4 août 2015, elle pose avant tout le diagnostic de trouble de l'adaptation consécutif à un deuil prolongé. Par ailleurs, tout en décrivant les mêmes limitations fonctionnelles dans ses rapports des 27 octobre 2014, 31 mars 2015 et E 213 du 1er juin 2015, à savoir une labilité émotionnelle, un état dépressif, une anxiété modérée et des angoisses intermittentes, elle conclut d'abord, dans son rapport du 31 mars 2015, que la recourante n'a actuellement pas récupéré sa capacité de travail, pour ensuite ne prendre aucune conclusion à cet égard dans son rapport E 213 du 1er juin 2015. Plus tard, dans son rapport E 213 du 4 août 2015, ajoutant notamment, parmi les limitations fonctionnelles, que la recourante se trouve également limitée dans les tâches qui nécessitent une attention et une concentration soutenue et/ou un stress modéré, la Dre E.\_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail de 50% dans toute activité, sans plus de motivation que dans ses rapports précédents et sans exposer en particulier les raisons pour lesquelles la capacité de travail de la recourante se serait améliorée depuis le 31 mars 2015, alors même que les observations cliniques sont identiques et que les limitations fonctionnelles se seraient péjorées. Au demeurant, il apparaît difficile, à la lecture des rapports de la Dre E.\_\_\_\_\_, de déterminer avec certitude si elle considère que l'incapacité de travail qu'elle évalue est due aux atteintes somatiques ou psychiques. Enfin, et bien qu'il soit rapporté qu'un suivi auprès de l'USM est organisé, aucun autre rapport établi par un spécialiste en psychiatrie n'est versé aux actes.

#### **E. 11.6**

Il résulte dès lors de ce qui précède que les documents médicaux ne permettent pas de déterminer au degré de preuve requis en assurances sociales (vraisemblance prépondérante) quelles sont les atteintes psychiques dont a souffert et souffre peut-être toujours la recourante, ni de connaître les éventuelles répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail de l'intéressée. En particulier, il n'y a pas d'éléments au dossier permettant de déterminer si les caractéristiques du processus de deuil, jugées normales par la Dre D.\_\_\_\_\_ au début de ce processus, le sont toujours, ni de documentation médicale

psychiatrique faisant état de l'évolution de la situation, malgré le fait que la recourante est, ou du moins, a été en suivi spécialisé. Or, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale ; elles ne peuvent pas non plus d'ailleurs se contenter de constater que certaines atteintes ne sont pas ou sont mal documentées, comme on le lit à la fin de la prise de position du 4 février 2016 de la Dre C.\_\_\_\_\_, laquelle relève que suite à la prise de position psychiatrique de la Dre F.\_\_\_\_\_, aucune nouvelle documentation psychiatrique n'a été transmise (OAIE doc 60). De telles prises de position doivent bien plutôt donner lieu à une instruction complémentaire (voir supra consid. 7.2.2).

### **E. 12.1**

En conséquence, la documentation au dossier s'avérant insuffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes psychiques dont souffre la recourante, leur intensité et leurs conséquences sur sa capacité de travail, l'autorité inférieure ne pouvait se baser sur cette documentation et, en particulier, sur les appréciations de son service médical, pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations AI. Elle aurait dû au niveau psychiatrique, comme cela a été fait sur le plan somatique, procéder à des investigations complémentaires avant de statuer.

### **E. 12.2**

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie si l'autorité a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.) ou notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, l'OAIE n'a pas instruit de manière suffisante l'état de santé psychique de la recourante, les limitations fonctionnelles qui peuvent en découler et leurs répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée. Il conviendra donc qu'il le fasse en s'adressant dans un premier temps aux médecins spécialisés qui traitent ou ont traité la recourante au niveau psychologique afin d'obtenir des informations complètes et précises sur son état de santé et l'évolution de celui-ci depuis la décision initiale de refus de prestations du 19 juin 2014. Au regard de la jurisprudence (voir supra consid. 7.3), une expertise psychiatrique peut dans un second temps s'avérer nécessaire ; le Tribunal laisse le soin à l'OAIE d'en décider. Cette expertise devra faire état, si elle a lieu, d'une étude circonstanciée et objective de l'état de santé de la recourante, des limitations fonctionnelles qui en découlent et de ses répercussions sur sa capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans des activités adaptées. S'agissant du volet somatique, l'OAIE doit au moins demander de nouveaux documents afin de tenir compte de l'évolution intervenue entretemps. Il rendra ensuite une nouvelle décision.

### **E. 12.3**

Partant, en application de l'art. 61 al. 1 PA et en accord avec la jurisprudence précitée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 18 octobre 2016 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier comme exposé ci-avant.

### **E. 13**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C\_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 ; 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6). Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de CHF 800.- versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, laquelle a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts. En l'absence d'un décompte de prestations de la part du mandataire, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF, en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]), une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, tenant compte du travail effectué par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours de six pages, d'une réplique de cinq pages et d'observations complémentaires de quatre pages.

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