

# **BVGer C-950/2019 vom 14. Januar 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-950\\_2019\\_d20190114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-950_2019_d20190114)

FR: TAF C-950/2019 du 14 janvier 2019

IT: TAF C-950/2019 del 14 gennaio 2019

## **Regeste**

Droit &grave; la rente | Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 14 janvier 2019). Décision confirmée par le TF.

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Selon l'art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF non réalisées en l'espèce, le Tribunal de céans connaît, en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), 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). Il est ainsi compétent pour connaître du présent recours, la décision litigieuse émanant de l'OAIE.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.3**

Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

### **E. 1.4**

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA, 50 al. 1, 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800.- francs ayant été effectuée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA, 69 al. 2 LAI; TAF pces 4-6), le recours est recevable.

### **E. 2**

Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 7 novembre 2017.

### **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 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3). La nouvelle demande de rente d'invalidité ayant été déposée le 7 novembre 2017, son examen relève des dispositions de la LAI et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) au moment de la décision dont est recours, soit dans leur teneur au 14 janvier 2019. Les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2020 et ultérieurement, notamment le 1er janvier 2022 sur les degrés d'invalidité (RO 2021 705, FF 2017 2363), ne sont pas applicables.

### **E. 3.2**

Le tribunal 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 14 janvier 2019). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

### **E. 4.1**

L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où la recourante, ayant travaillé en Suisse, est ressortissante espagnole domiciliée en Espagne. 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]; art. 80a LAI), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Depuis le 1er avril 2012, les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) et le 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 (RS 0.831.109.268.11). À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États 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).

### **E. 4.2**

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 État membre, que les ressortissants de celui-ci. 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 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n°883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre État membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

### **E. 5.1**

Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

### **E. 5.2**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime 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; Moor/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, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/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; Moser/Beusch/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; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4). Ce devoir impute en particulier aux parties l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles supporteront les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2).

### **E. 6**

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). Il ressort du dossier que l'assurée compte plus de trois années de cotisations à l'AVS/AI (AI pce 177; supra A.a), de sorte qu'elle remplit la condition afférente à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi.

### **E. 7.1**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

### **E. 7.2**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale,

d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

#### **E. 7.2.1**

L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 6). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

#### **E. 7.2.2**

Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

#### **E. 7.3**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Cette méthode est dite générale. L'invalidité de l'assuré sans activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels, tels les activités usuelles dans le ménage, les soins et l'assistance apportée aux proches (cf. art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI). Cette méthode est dite spécifique. Si l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel et des activités habituelles visés à l'art. 7 al. 2 LAI, son taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (art. 27bis al. 2 RAI). La méthode est dite mixte. Sur les méthodes d'évaluation de l'invalidité, voir ATF 137 V 334 consid. 3.1.1-3.

#### **E. 7.4**

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 4), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement (CE) n° 883/04).

#### **E. 7.5**

Le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (délai de carence) et sous réserve du délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). En l'espèce, l'assurée ayant déposé sa 3<sup>ème</sup> demande le 7 novembre 2017 auprès de l'INSS, un droit à la rente ne peut s'ouvrir au plus tôt qu'au 1<sup>er</sup> mai 2018 sous réserve du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

### **E. 8.1**

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

### **E. 8.2**

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 et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 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 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

#### **E. 8.2.1**

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI, art. 49 al. 2 RAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27

mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs 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 leur appréciation; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré-e au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un-e expert-e indépendant-e. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). 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).

### **E. 8.2.2**

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit.; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit.; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in: Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2; Valterio, op. cit., art. 57 n° 48 et 49).

### **E. 8.3**

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de

l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt du TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.1).

### **E. 8.3.1**

S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2) ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4, 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt du TF 9C\_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5; cf. aussi Peter Henningsen, *Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen*, in: RSAS 2014 p. 12), le point de départ de l'examen du droit aux prestations - un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux - selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396; arrêts du TF 9C\_899/2014 consid. 3.1 et 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1).

### **E. 8.3.2**

Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10, DSM) sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et les références citées; arrêt du TF 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2).

### **E. 8.3.3**

Une fois le diagnostic de fibromyalgie posé *lege artis* conformément aux règles précitées, il convient de déterminer si ce diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. Ce n'est en effet que si les motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de fibromyalgie conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2; arrêts du TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2). Relativement aux motifs d'exclusion, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (arrêt du TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

#### **E. 8.3.4**

Si le diagnostic de fibromyalgie résiste aux motifs d'exclusion - lesquels permettraient de l'écarter juridiquement - il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail exigible des assurés souffrant d'une telle atteinte psychosomatique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (indicateurs standards), permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; arrêts du TF 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et les références citées, 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références citées). Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine, 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1; Valterio, op. cit., art. 4 n° 22).

#### **E. 8.3.5**

Depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 s., en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1).

#### **E. 9.1**

Lorsque la rente a été refusée par une précédente décision parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI; ATF 130 V 71 consid. 2.2, 109 V 262 consid. 3). Cette exigence 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 130 V 71 consid. 3.2.3, 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

#### **E. 9.2**

Si l'administration entre en matière sur une nouvelle 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 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec l'al. 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si, entre la décision de refus de prestations entrée en force - qui a reposé sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 71;

arrêts du TF 9C\_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2, 9C\_503/2020 du 17 novembre 2020 consid. 3.2).

### **E. 9.3**

En l'espèce, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande du 7 novembre 2017. Elle avait à 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 l'assurée à une rente, soit la décision sur opposition du 3 mars 2006 - confirmée par un arrêt C-2746/2006 du TAF du 22 avril 2008, lequel a été confirmé par un arrêt 9C\_486/2008 du TF du 8 janvier 2009 -, si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite entre le 3 mars 2006 et le 14 janvier 2019. Le même devoir d'examen incombe au Tribunal de céans (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 108 consid. 2b; arrêt du TF 9C\_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2).

### **E. 10.1**

A la base de la décision sur opposition du 3 mars 2006 de rejet de toutes prestations AI (AI pce 126), déterminante pour l'examen de la 3ème demande déposée le 7 novembre 2017, l'OAIE avait retenu qu'un rapport E213 daté du 10 février 2005 établi par la Sécurité sociale espagnole, bien que ne liant pas l'AI, confirmait que l'ancienne activité de l'assurée de couturière sur machine était toujours exigible à plein temps sans invalidité, que de l'avis de son service médical, seules des activités lourdes nécessitant des efforts particuliers au niveau du dos étaient contre-indiquées et qu'il existait un empêchement d'accomplir des travaux ménagers avec un taux d'invalidité de 22% (cf. AI pce 111 [calcul selon CII]). En l'occurrence, compte tenu d'une activité lucrative exercée à 91% et d'activités ménagères exercées à 9% d'un plein temps, existait un taux d'invalidité de 2% ( $[91\% \times 0\%] + [9\% \times 22\%]$ ) n'ouvrant pas le droit à une rente.

### **E. 10.2**

Le TAF, dans son arrêt du 22 avril 2008, a retenu que l'intéressée souffrait notamment de polyarthrose modérée, d'une scoliose dorso-lombaire et d'une fibromyalgie qualifiée par l'assurée d'invalidante, mais que ni les rapports médicaux E213 au dossier établis par l'INSS les 28 janvier 2004 et 10 février 2005, ni le rapport de l'Instituto E., \_\_\_\_\_, ni les allégations d'ordre médical de l'assurée n'avaient fait état de troubles psychiques qui justifieraient de soulever la question d'une inférence des troubles rhumatologiques avec des troubles psychiques d'une certaine gravité. Sous l'angle psychiatrique, seule figurait au dossier une expertise du 10 novembre 1999 effectuée par le Dr L. \_\_\_\_\_ concluant à un status non invalidant. Aussi, l'arrêt a relevé que lesdits rapports médicaux E213 concluaient d'ailleurs à une capacité de travail presque intacte en tout cas dans les travaux moyennement lourds sédentaires et non exposés à des changements de température. La précédente activité de la recourante a été considérée exigible à plein temps (AI pce 139 p. 15 [consid. 8.4]). L'arrêt relève aussi que, dans le cadre de l'instruction, contrairement au Dr D. \_\_\_\_\_ de l'OAIE qui n'avait pas retenu d'incapacité de travail, le Dr F. \_\_\_\_\_ avait retenu une incapacité de 60% dans l'activité lucrative de l'assurée en raison d'une chronicisation des douleurs, mais que ce taux ne pouvait être retenu du fait de n'avoir pas été étayé objectivement et d'être en contradiction avec lesdits rapports E213. En particulier, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'avait pas démontré d'évolution négative sensible par rapport à l'expertise médicale effectuée en juin 2002 ayant conclu à la possibilité pour l'assurée d'effectuer des travaux légers à moyennement lourds sans restriction, dont l'activité de couturière (AI pce 139 p. 16 [consid. 8.4]). Sur le vu de ce qui précède, le TAF avait alors conclu avec les

médecins de l'INSS et le Dr D.\_\_\_\_\_ de l'OAIE que la fibromyalgie, outre la polyarthrose et la scoliose dorso-lombaire dont souffrait l'assurée, ne l'empêchait pas d'exercer son ancienne activité de couturière sur machine ou toute activité adaptée dans une mesure excluant le droit à une rente d'invalidité (AI pce 139 p. 16 [consid. 8.4]).

### **E. 10.3**

Le Tribunal fédéral a confirmé l'appréciation médicale du TAF dans l'arrêt 9C\_486/2008 du 8 janvier 2009. Il a mis en exergue que, selon l'expertise psychiatrique du Dr L.\_\_\_\_\_ du 10 novembre 1999 établie lors de la 1ère demande de prestations AI, la recourante souffrait, du point de vue psychique, d'un trouble somatoforme douloureux qui n'entraînait aucune limitation de sa capacité de travail, aucune comorbidité psychiatrique n'ayant été relevée. Au cours de l'instruction de la seconde requête de la recourante, les médecins ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, sans mettre en évidence une évolution défavorable de la situation de l'assurée, en particulier sur le plan psychique. Les rapports E213 précités n'ont pas fait état d'une problématique psychique. Il en est de même de la Dre D.\_\_\_\_\_ de l'Instituto de Reumatologia E.\_\_\_\_\_, médecin consulté par la recourante (rapport du 3 janvier 2005). Le TF a encore relevé que le Dr D.\_\_\_\_\_ de l'OAIE avait expressément exclu une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis 2002, date de la première décision de l'assurance-invalidité (arrêt du TF, AI pce 146 p. 5 [consid. 3.3]). Par ailleurs, le TF avait expressément confirmé que l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ (médecin généraliste de l'OAIE) d'une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle de la recourante ne pouvait être suivie pour les motifs énoncés par le TAF (AI pce 146 p. 6 [consid. 3.4]).

### **E. 11.1**

Procédant à l'instruction de la nouvelle demande du 7 novembre 2017 (AI pce 148 p. 7), l'OAIE a recueilli notamment la documentation suivante consécutive à la décision sur opposition du 3 mars 2006 (cf. supra B.a et consid. 10.1) jusqu'à la décision du 14 janvier 2019 (AI pce 202) dont est recours : - un rapport RM du 28 mai 2017 de l'Institut K.\_\_\_\_\_ (Dr M.\_\_\_\_\_) de la colonne lombaire (examen du 19 mai 2017) concluant à une discrète cyphose lombaire, à des champs dégénératifs discaux de L2-L3 à L5-S1 avec des bombements discaux asymétriques de prédominance postérieure à tous les niveaux en L4-L5 et L5-S1 à l'origine d'une sténose modérée des deux trous de jonction (AI pce 199) ; - un rapport du 21 juin 2017 de la Dre G.\_\_\_\_\_ de l'Instituto de Reumatologia E.\_\_\_\_\_ mentionnant les atteintes actuelles à la santé de cadre de fatigue et d'épuisement extrême, de douleurs, de diagnostic de fibromyalgie et de syndrome de fatigue chronique depuis plus de 10 ans, un statut sans signes inflammatoires, des myalgies, des algies variées tout au long de la journée, des difficultés à dormir, un sommeil non réparateur, un examen douloureux des manoeuvres sacro-iliaques, un gonflement externe de la cheville droite, 15/18 tender points positifs (fibromyalgie). La Dre G.\_\_\_\_\_ évoque les constats radiologiques au niveau cervical de rectification de la courbe avec une tendance à l'inversion, une discopathie de prédominance C5-C6, une discarthrose lombaire L2-L3 avec formation ostéophytique et parasyndesmophytiques, au niveau du bassin un élargissement pseudo-sacro iliaque à gauche compatible avec une sacro-iliite unilatérale (typique d'une arthropathie psoriasique), les constats d'un RM lombaire du 19 mai 2017 précité à l'origine d'une sténose modérée des deux trous de jonction, les constats de champs dégénératifs selon une RM des sacro-iliaques du 26 mai 2017. Le rapport pose les diagnostics de spondylarthrose lombaire, fibromyalgie, déficit en vitamine D, de possibilité d'une variante d'arthropathie psoriasique, bien que seuls des changements dégénératifs apparaissent à l'IRM des sacro-iliaques (AI pce 163) ; - un

rapport médical E213 du 13 décembre 2017 faisant état des plaintes d'arthrose cervicale, fibromyalgie, fatigue chronique, psoriasis, épisodes de douleurs et impotence fonctionnelle avec des algies variables au cours de la journée, notant un status nutritionnel (162cm/64kg) et mental corrects, une mobilité du rachis cervical, dorsal et lombaire conservée, des extrémités supérieures et inférieures sans déficit moteur ni sensitif, une marche normale, relevant les atteintes radiologiques précitées, posant les diagnostics d'arthromyalgie généralisée, fibromyalgie, fatigue chronique depuis 10 ans, possibles arthropathies psoriasiques, cervico-lombodiscarthrose sans signe radiculaire aigu, sans dysfonction articulaire générale, ni du rachis, atteintes d'évolution chronique, les fonctionnalités étant conservées. Le rapport ne comprend pas d'appréciation de la capacité de travail. Il relève que selon la législation espagnole l'intéressée ne présente ni incapacité permanente ni invalidité (AI pce 149) ; - une décision du 8 janvier 2018 de la sécurité sociale espagnole notant les diagnostics d'arthromyalgie généralisée, fibromyalgie et fatigue chronique diagnostiquée depuis plus de 10 ans, possible arthropathie psoriasique, cervico-lombodiscarthrose sans signe radiculaire aigu, sans dysfonction articulaire en général ni du rachis, mais ne reconnaissant pas d'incapacité permanente pour maladie commune à l'assurée du fait de l'absence d'un degré d'incapacité et d'une période de cotisations insuffisante (p. 1 in fine [Fundamentos legales ch. 2] : « Las lesiones descritas no constituyen una incapacidad permanente en ningún grado »; p. 2 [Resolución] : « Resuelvo que no procede declarar a A. \_\_\_\_\_ en situación de incapacidad permanente por enfermedad común, porque no acredita ningún grado de incapacidad ni el periodo de cotización exigido » (AI pce 152) ; - le questionnaire à l'assurée daté du 16 avril 2018 mentionnant les atteintes évoquées dans le rapport E213 du 13 décembre 2017 ainsi que des champs dégénératifs discaux de L2 à L5-S1, des bombements discaux asymétriques à prédominance postérieure aux niveaux L4-L5 et L5-S1, un disque rudimentaire en S1-S2 avec perte de hauteur vertébrale L5, une rectification de la courbe de la colonne cervicale avec tendance à l'inversion, une discopathie de prédominance C5-C6, un élargissement pseudo-sacro iliaque du bassin à gauche compatible avec une sacro-iliite bilatérale (typique d'une arthropathie psoriasique). Le questionnaire mentionne une activité antérieure de couturière, l'absence d'activité lucrative actuelle pour raison de santé, un ménage de deux personnes adultes (assurée et conjoint) dans une maison individuelle, des activités ménagères effectuées uniquement par le mari de l'assurée (AI pce 162) ; - un rapport du 14 juin 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre de l'Institut I. \_\_\_\_\_ (cf. www.I. \_\_\_\_\_ .org consulté le 06.05.2022), rapportant les antécédents de pathologie ostéoarticulaire, fibromyalgie, fatigue chronique, hystérectomie, sollicitation de la reconnaissance d'une incapacité permanente, n'indiquant pas d'antécédents personnels de nature psychiatrique. Le praticien observe une attitude collaborative, un status vigil, orienté dans le temps et l'espace, un flux et un contenu de la pensée sans altérations significatives, une perception des choses conservée, un langage cohérent quant à la forme et le contenu. Il ne signale pas d'indice de retard mental, rapporte des difficultés de concentration, non de l'anxiété, une humeur avec des hauts et des bas. Il signale les plaintes de la patiente de fibromyalgie et de fatigue chronique depuis 20 ans avec des douleurs généralisées. Aux dires de la patiente, cette dernière fait l'effort d'accomplir les tâches ménagères mais calmement et en mesurant ses efforts. Elle exprime le sentiment de devoir aller de l'avant, d'avoir connu des moments plus difficiles en raison de problèmes médicaux et que maintenant la situation est différente parce que ses enfants sont plus âgés et n'ont pas besoin de son attention. Le praticien ne rapporte ni traitements médicamenteux, ni suivi psychologique, il note que, selon l'échelle

de Hamilton de la dépression et de l'anxiété, la patiente atteint un degré de dépression modéré et ne présente pas d'anxiété. Le psychiatre retient le diagnostic de trouble de l'adaptation en réaction à une pathologie organique (CIM-10 F.43.2), la symptomatologie est évaluée de degré léger à modéré. D'un point de vue psychiatrique le médecin ne retient pas d'incapacité permanente (« non es subsidiaria de IP ») (AI pce 176) ; - une détermination du 13 juillet 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE, indiquant ne pouvoir attester d'une détérioration significative de l'état de santé sur le plan somatique et sollicitant une détermination spécialisée sur le plan psychiatrique (AI pce 180) ; - une prise de position du 20 septembre 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre du service médical de l'OAIE, niant l'existence d'une détérioration de l'état de santé dans son domaine de compétence, relevant que l'assurée ne suivait pas de thérapie médicamenteuse ni psychothérapeutique et que le rapport du 14 juin 2018 (Dr H. \_\_\_\_\_) ne postulait pas de dégradation de l'état de santé (AI pce 192) ; - une note interne (service d'évaluation de l'invalidité) de l'OAIE du 17 octobre 2018 rappelant le taux d'invalidité de 2% retenu dans la décision du 3 mars 2006 (0% d'invalidité dans l'activité lucrative de couturière et 22% dans les tâches ménagères) et les taux d'activité respectifs de 91% et 9%, notant que les Dr F. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ n'ont pas retenu d'aggravation de l'état de santé, relevant que l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_ en 2005 d'une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle n'avait pas été retenue par le TAF en 2008 et le TF en 2009 (AI pce 194) ; - une prise de position du 8 janvier 2019 du Dr F. \_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE relevant des plaintes subjectives et des rapports radiologiques mais non des données rhumatologiques prouvant des entraves fonctionnelles pertinentes. Il note que sur le plan psychiatrique il n'y a pas de preuve d'une aggravation qui pourrait donner un poids différent aux plaintes somatiques (évaluation du Dr J. \_\_\_\_\_ du 20.9.2018). Il relève que l'évaluation du ministère espagnol concerné conclut également que l'assurée ne peut être déclarée en incapacité permanente de travail. Il maintient son appréciation d'une incapacité de travail dès le 2 juin 2003 dans l'activité antérieure de 60% et dans le ménage de 22% (AI pce 201).

### **E. 11.2**

L'OAIE a rejeté par décision du 14 janvier 2019 la 3ème demande de prestations d'invalidité pour le motif qu'il n'existait pas une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année au sens de l'AI, malgré l'atteinte à la santé, qu'en l'occurrence l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel (91% d'un 100%) et l'accomplissement des travaux habituels (9% d'un 100%) étaient toujours exigibles dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. L'OAIE a précisé, à l'issue de la procédure d'audition, que le rapport médical du 28 mai 2017 de l'Institut K. \_\_\_\_\_ confirmait les atteintes à la santé connues et n'apportait pas d'éléments nouveaux, que le rapport médical de l'Instituto de Reumatologia E. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2017 (dernier en date de cet institut au dossier) avait été pris en compte, qu'en droit suisse l'invalidité était déterminée par les répercussions économiques des atteintes à la santé sur la capacité de gain et non par les atteintes-mêmes. L'OAIE a établi, comme pour la décision de 2006, un taux d'invalidité prenant en compte une activité lucrative exercée à 91% d'un plein temps sans invalidité et une activité dans les tâches domestiques exercées à 9% d'un plein temps avec un taux d'invalidité afférent auxdites tâches de 21%, calculé selon la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (CIIAI Ed. 2018 cm 3088; AI pce 193). Ces taux d'invalidité cumulés ( $[91\% \times 0\% = 0\%] + [9\% \times 21\% = 1.89\%]$ ) selon la méthode mixte ont donné lieu à un taux d'invalidité arrondi déterminant de 2% n'ouvrant pas le droit à une rente.

### **E. 11.3**

La recourante conteste la décision attaquée et conclut à l'octroi de prestations d'invalidité. Elle nie l'existence d'une capacité de travail et fait valoir souffrir de fibromyalgie et d'importantes autres pathologies que les juridictions espagnoles lui ont reconnues. Elle se réfère aux pathologies retenues le 13 décembre 2017 par l'Unité de valorisation médicale des incapacités listées dans la résolution de l'INSS du 8 janvier 2018 (cf. AI pce 197 chiffre 7; supra D.c). Elle relève que s'agissant de sa capacité de travail les médecins de l'OAIE n'étaient pas unanimes, que le Dr F.\_\_\_\_\_ de l'OAIE avait retenu une incapacité de travail de 60% dans son activité habituelle (cf. AI pce 201), contrairement au 0% retenu dans la décision entreprise, que dès lors l'OAIE se devait de solliciter l'avis d'un troisième médecin et ne pouvait pas simplement suivre l'avis du médecin qui lui était favorable, que son incapacité de travail de 22% dans les tâches ménagères n'avait pas fait l'objet d'une évaluation précise. Elle souligne souffrir selon le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ d'un trouble de l'adaptation à la pathologie organique (CIM-10 F43.2) en raison de ses douleurs, que le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été retenu sur le plan psychiatrique par le rapport de l'Institut I.\_\_\_\_\_ du fait d'être en Espagne une atteinte somatique. Elle indique qu'elle ne peut prétendre à une rente d'invalidité en Espagne parce qu'elle ne totalise pas un nombre d'années de travail lui ouvrant ce droit (TAF pce 1 et [après transmission de l'entier du dossier pour connaissance selon demande] pce 29).

### **E. 11.4**

L'OAIE, a l'appui de sa décision (voir supra D.b et D.d), précise qu'il n'y a pas eu de péjoration de santé sur le plan somatique depuis la dernière décision de rejet de rente et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, le rapport de l'Institut I.\_\_\_\_\_ du 14 juin 2018 ne relevant pas de pathologie psychiatrique causant une incapacité de travail. En l'occurrence, la recourante ne suivait pas de psychothérapie ni ne prenait de traitement psychopharmacologique. S'agissant de la fibromyalgie, l'OAIE a indiqué que cette pathologie avait été reconnue en 2005/2006 mais retenue in casu non invalidante chez l'assurée tant par le TAF en 2008 que par le TF en 2009 et encore en 2017/2018 et 2019 par les médecins. S'agissant du diagnostic de trouble de l'adaptation F43.2 mentionné dans le rapport psychiatrique de l'institut I.\_\_\_\_\_ du 14 juin 2018 (pce 176), l'OAIE a indiqué que son médecin psychiatre s'était prononcé sur ce rapport dans sa prise de position du 20 septembre 2018 (pce 192) notant que le rapport I.\_\_\_\_\_ ne relevait pas de pathologie psychiatrique causant une incapacité de travail, concluant qu'il n'existait pas d'aggravation de l'état de santé psychiatrique (TAF pce 13).

#### **E. 11.5.1**

La cour constate que les diagnostics posés depuis 2006, en particulier en 2017 et 2018, ne permettent pas selon les médecins de l'OAIE de retenir une détérioration sensible de l'état de santé de la recourante à compter du 1er mai 2018 (ouverture théorique d'un droit à la rente) et jusqu'au 14 janvier 2019 au point pour cette dernière de ne pas pouvoir exercer son ancienne activité de couturière sur machine ou toute activité adaptée dans une mesure excluant le droit à la rente et ses activités domestiques dans la même proportion. L'OAIE n'a en fait reconnu aucune détérioration déterminante de l'état de santé de la recourante depuis sa dernière décision sur opposition de 2006 tant sur les plans somatique que psychiatrique, lequel office avait retenu en 2006 une pleine capacité de travail dans l'activité de couturière sur machine et une limitation de 22% dans les tâches ménagères. La cour observe que le rapport de l'Instituto de Reumatologia E.\_\_\_\_\_ du 21 juin 2017 pose certes des

diagnostics d'atteintes à la santé chez une personne de quelque 60 ans, soit en lien aussi avec l'âge de l'assurée, mais que ce rapport, bien qu'évoquant des douleurs, ne les étayent pas par des observations médicales concluantes (cf. supra consid. 8.3) ni ne se prononce sur la capacité de travail de l'intéressée, laquelle a été appréciée indirectement non limitée dans le rapport E213 du 13 décembre 2017 notant que selon la législation espagnole l'intéressée ne présente pas d'incapacité permanente ni invalidité. Le rapport E213 ne s'exprime en effet pas sur la capacité de travail (cf. chiffre 11), il indique toutefois à la suite des atteintes à la santé énumérées que les fonctions sont conservées (cf. AI pce 149 ch. 7 et 8 « Perjuicio para la salud : Funcionalismo conservado ; Deficits funcionales : Funcionalismo conservado »). Sur le plan psychiatrique, le Dr H.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 juin 2018, n'a également pas retenu d'incapacité de travail (voir infra 11.5.4). Enfin, la décision du 8 janvier 2018 de la sécurité sociale espagnole a relevé que « Las lesiones descritas non constituyen una incapacidad permanente en ningún grado » (AI pce 152 p. 1 ch. 2).

### **E. 11.5.2**

Dans sa réplique du 27 novembre 2018 et son écriture du 10 mars 2022, l'intéressée a relevé que deux médecins de l'OAIE en 2006 n'étaient pas unanimes quant à sa capacité de travail dans son activité de couturière, qu'en 2019 encore le Dr F.\_\_\_\_\_ avait maintenu son appréciation d'une incapacité de travail de 60% dans l'ancienne activité depuis le 2 juin 2003 (cf. AI pce 201), qu'en l'occurrence l'OAIE aurait dû requérir l'avis d'un troisième médecin et non simplement suivre l'avis du médecin ayant retenu l'absence d'incapacité de travail dans l'ancienne activité. Aussi, elle a indiqué que l'incapacité de travail de 22% dans les tâches ménagères n'était pas établie.

### **E. 11.5.3**

Pertinent en soi prima vista, le grief que l'OAIE aurait dû recourir à l'appréciation d'un troisième médecin peut être écarté. Si effectivement le Dr F.\_\_\_\_\_ de l'OAIE avait retenu le 8 janvier 2019 une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle et pour toute activité adaptée, notant un état de santé inchangé depuis 2006 (AI pce 201), le Dr D.\_\_\_\_\_ de l'OAIE n'avait retenu en 2006 déjà aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée et pour toute activité légère adaptée, à l'instar des médecins de l'INSS. Cette appréciation a été confirmée tant par le TAF que le TF (cf. supra A.b) dans leurs arrêts respectifs de 2008 et 2009. Pour cette raison l'OAIE était fondé à retenir une pleine capacité de travail de l'assurée en 2006 dans son activité habituelle, reconnue par la Haute Cour, toujours présente en 2019 du fait que l'état de santé de l'assurée avait été reconnu inchangé. Le recours à l'avis d'un troisième médecin ne se justifiait dès lors pas.

### **E. 11.5.4**

La recourante souligne l'existence nouvellement d'un trouble de l'adaptation en réaction à une pathologie organique (CIM-10 F.43.2), affectant sa capacité de travail. Le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre, de l'Institut I.\_\_\_\_\_, relève cependant dans son rapport du 14 juin 2018 que la symptomatologie est évaluée de degré léger à modéré et que d'un point de vue psychiatrique l'intéressée ne présente pas d'incapacité permanente (AI pce 176). Aussi, il sied de relever que le trouble d'adaptation est par définition un phénomène temporaire (Dilling/Mombour/Schmidt [Edit.], Classification internationale des troubles mentaux, CIM-10, chapitre V (F), 10e éd. 2015, F43.2 p. 209). C'est pourquoi il n'est pas considéré comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante (arrêts du TF 9C\_87/2017 du 16 mars 2017, 9C\_210/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.2 in fine). Ce

diagnostic est posé lorsque les symptômes ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble tel que par exemple dépression, trouble anxieux, état de stress aigu, état de stress post-traumatique (voir [www.msdmanual.com/fr](http://www.msdmanual.com/fr) trouble de l'adaptation; [www.pschyrembel.de](http://www.pschyrembel.de) Anpassungsstörung). Par ailleurs, il sied de relever que l'assurée n'est pas suivie sur la durée par un médecin psychiatre. Vu l'appréciation-même du trouble de l'adaptation par le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre, qui n'a pas retenu de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur les plans personnel que professionnel (cf. supra consid. 8.3.2), ce trouble ne justifiait pas un examen particulier par le service médical de l'OAIE selon les indicateurs en application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques invalidants (cf. supra consid. 8.3.4).

### **E. 11.6**

Il résulte de ce qui précède que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé depuis 2006 jusqu'au moment de la décision attaquée et qu'elle pouvait toujours exercer son activité antérieure ou une activité adaptée à plein temps sans limitation et ses tâches ménagères avec les limitations reconnues précédemment.

### **E. 12.1**

Dans la mesure où la recourante pouvait exercer comme précédemment l'activité qui était la sienne de couturière sur machine, il ne saurait être retenu d'invalidité pour l'activité lucrative de la recourante correspondant selon son dernier travail en 1995 à 91% d'un 100% (cf. supra A.a). Quant à l'activité restante de 9% correspondant aux tâches ménagères selon l'emploi du temps en 1995, l'OAIE a indiqué un taux d'invalidité de 21% distinct de celui de 22.5% établi par le Dr F. \_\_\_\_\_.

### **E. 12.2**

Du fait que le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu les mêmes limitations fonctionnelles en 2019 (AI pce 201) qu'en 2004 (AI pce 111 p. 3), la modification du taux d'invalidité dans les tâches ménagères par rapport au taux initial résulte du fait que la recourante n'a plus à s'occuper d'enfants et qu'à ce titre elle n'est plus limitée dans ses tâches liées aux soins de ces derniers. Dans l'évaluation du Dr F. \_\_\_\_\_, cette part des tâches correspondait à 1.5% sur 22.5% d'invalidité dans les activités domestiques (cf. AI pce 111 p. 3). Toutefois, l'évaluation rectifiée de l'invalidité effectuée par l'OAIE pour lesdites tâches retenant un taux de 21% (AI pce 193) est d'une part incompréhensible dans sa présentation sous forme de tableau (la pondération des activités manque dans le tableau et ne permet ainsi pas de déterminer l'invalidité existante dans les différents postes) et d'autre part erronée (le total d'un 100% des activités ménagères n'est pas atteint du fait en particulier de la suppression du poste « soins et assistance » sans une nouvelle pondération). Il convient dès lors de rectifier l'évaluation de l'invalidité dans les tâches ménagères même si le nouveau taux d'invalidité dans celles-ci qui en résultera sera sans incidence sur l'issue du litige. A la suite du rappel des principes de l'évaluation selon la méthode spécifique, une nouvelle pondération des activités aussi proche que possible de celle établie par le Dr F. \_\_\_\_\_ sera nécessaire (consid. 12.3).

### **E. 12.3.1**

L'invalidité des personnes sans activité lucrative est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels, tels les activités usuelles dans le ménage, les soins et l'assistance apportée aux proches (cf. art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI). A cette fin, en application de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans

l'assurance-invalidité CIIAI, édition 2018, un ou deux tableaux appréciant l'invalidité sur les plans somatique et/ou psychique dans les diverses tâches ménagères doivent être établis (cm 3079 ss). Les travaux d'une personne non invalide qui s'occupe du ménage comportent les activités usuelles avec les taux d'activité maximum suivant : 1. Alimentation 50%, 2. Entretien du logement ou de la maison 40%, 3. Achats et courses diverses 10%, 4. Lessive et entretien des vêtements 20%, 5. Soins et assistance aux enfants et aux proches 50% (CIIAI cm 3087). Il sied de relever que la structure du tableau selon la CIIAI a été modifiée au 1er janvier 2018 sans que cette modification ait eu une réelle incidence matérielle sur l'évaluation de l'invalidité. Les tableaux antérieurs à 2018 peuvent être adaptés et lus en référence à la nouvelle grille.

### **E. 12.3.2**

Dans le tableau d'évaluation de l'invalidité, l'ensemble des travaux habituels d'une personne qui travaille dans le ménage doit correspondre à une valeur de 100% indépendamment de la grandeur du ménage (VSI 1997 p. 298 consid. 4c) et compte tenu des activités effectives. Les pondérations maximales indiquées pour chaque tâche visent à garantir un traitement égal des assurés compte tenu de l'expérience de la vie et des données concrètes du ménage (nombre de personnes, enfants, adultes, situation locale du ménage, tâches particulières d'entretien). Une pondération maximale différente des différentes tâches ne peut avoir lieu qu'en cas de divergences importantes par rapport au tableau, par exemple en cas de soins importants devant être prodigués à un membre de la famille ou aux enfants (RCC 1986 p. 244 consid. 2c et d; arrêts du TF 9C\_827/2016 du 31 juillet 2017 consid. 6.1, I 469/99 du 21 novembre 2000 consid. 4c).

### **E. 12.3.3**

Le tableau du Dr F. \_\_\_\_\_ établi le 13 décembre 2004 selon la CIIAI applicable en 2004 (cf. AI pce 111 p. 3), maintenu par ce médecin en date du 8 janvier 2019 (AI pce 201), retient une répartition des tâches ménagères sur une durée de travail journalière de 8-9 heures (cf. arrêt du TF I 469/99 cité consid. 4c) comme suit : conduite du ménage : 5%, alimentation : 40%, entretien du logement : 15%, achats : 10%, lessive et entretien des vêtements : 15%, soins aux enfants : 15%, totalisant 100%. Pour ces activités, les limitations fonctionnelles de l'assurée ont été appréciées à respectivement 0% (conduite du ménage), 10% (alimentation), 50% (entretien du logement), 20% (achats), 50% (lessive et entretien des vêtements) et 10% (soins aux enfants). La pondération des tâches dans le temps et les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_ ont fondé une invalidité sur le plan somatique de 22.5% (0%+4%+7.5%+2%+7.5% +1.5%). Ce taux retenu en 2006, validé par le TAF et le TF respectivement en 2008 et 2009, ne peut être retenu comme tel en 2019, du fait qu'il n'y a pas lieu de prendre en compte des soins prodigués aux enfants (cf. aussi AI pce 162/182 p. 8). Implicitement, la pondération des activités dans les tâches ménagères doit être revue prenant en compte un ménage de deux personnes adultes sans enfant. L'OAIE a sur la base du tableau du Dr F. \_\_\_\_\_, actualisé le 5 octobre 2018, retenu un taux d'invalidité de 21% en déduisant du tableau 1.5% du fait que l'assurée n'avait plus de soins à prodiguer aux enfants (AI pce 193). Ce mode de procéder ne peut être suivi car la pondération des activités sur 100% (cf. supra consid. 12.3.2) n'est pas respectée et celle-ci doit être revue.

### **E. 12.3.4**

Selon le service médical de l'OAIE, l'état de santé de l'assurée ne s'est pas dégradé depuis sa dernière décision de rejet de rente en 2006. Il s'ensuit que les limitations fonctionnelles de l'assurée retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans les tâches domestiques peuvent être reprises et cas échéant les pondérations des activités être adaptées à la situation de l'assurée vivant avec son mari sans enfant dans une maison individuelle en 2019. Les indications de la recourante selon laquelle toutes les tâches ménagères sont effectuées par son mari (cf. AI pce 169 ch. 16-20) ne peuvent être retenues comme résultant de ses limitations fonctionnelles au vu des rapports E213. Il en résulte avec une adaptation des pondérations le tableau selon la CIIAI adapté par le Tribunal de céans ci-après : N° Activité Max. Choix (ancien choix) Incapacité Invalidité (choix x incapacité) 1 Alimentation 50 40 (40) 10 4.00% 2 Entretien du logement ou de la maison et garde des animaux domestiques 40 35 (20 y c. 5 conduite du ménage) 50 17.5% 3 Achats et courses diverses 10 10 (10) 20 2.00% 4 Lessive et entretien des vêtements 20

### **E. 12.3.5**

Il s'ensuit de ce qui précède que, selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, celle-ci s'établit à 2.79% ( $[91\% \times 0\%] + [9\% \times 31\%]$ ), soit 3%. Un tel degré d'invalidité selon la méthode mixte n'ouvre pas le droit à une rente.

### **E. 12.4**

Depuis le 3 mars 2006 (dernière décision de l'OAIE entrée en force ayant reconnu à l'assurée pleine capacité de travail dans son activité de couturière ou une activité adaptée), il n'apparaît pas du dossier que l'assurée ait cherché à reprendre une activité lucrative même à temps partiel. Dès lors, la question peut se poser de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a maintenu pour cette 3ème demande de prestations d'invalidité la méthode mixte (cf. AI pce 178) ou n'aurait pas dû plutôt faire usage uniquement de la méthode spécifique reconnaissant nouvellement l'assurée comme une personne se consacrant uniquement aux tâches domestiques et dont l'invalidité doit être évaluée selon les critères y afférents. Cette question peut toutefois rester ouverte car, même si l'on devait retenir qu'en 2019 seule la méthode spécifique doit être appliquée, le taux d'invalidité de 31% qui en découle, établi à l'avantage de l'assurée en reprenant les taux d'incapacité retenus par le Dr F. \_\_\_\_\_, n'ouvrirait de même pas le droit à une rente. 13. Vu ce qui précède le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée dans son résultat, à savoir le rejet de toutes prestations d'invalidité. 14. 14.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci de 800.- francs sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais de même montant effectuée en cours de procédure (TAF pces 4-6). 14.2 Il n'est alloué d'indemnité de dépens ni à la recourante vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (art. 7 al. 1 a contrario et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]). (Le dispositif figure sur la page suivante)

### **E. 15**

(15) 50 7.50% 5 Soins et assistance aux enfants et aux proches 50 0 (15) 0 0.00% Total 100/100 31% Dans cette nouvelle évaluation reprenant pour l'essentiel les appréciations précédentes, qui s'écarte du tableau incomplet de l'OAIE dans son énoncé (cf. AI pce 193), le temps consacré à l'entretien du logement a été majoré de 20% par rapport à l'évaluation de 2004, pris sur la conduite du ménage (5% [poste supprimé depuis 2018 de la CIIAI]) et les soins aux enfants (15%) (cf. AI pce 111). Il sied de rappeler, si cette augmentation de

15% à 35% pour l'entretien du logement peut se discuter, que le total des activités doit dans tous les cas être de 100% et qu'il n'appartient pas à une seule personne d'effectuer tous les travaux ménagers mais également à sa ou son partenaire et, dans le cadre d'une répartition des tâches, dans les meilleures conditions d'efficacité (répartition des tâches sur la journée, utilisation de moyens appropriés) prenant en compte le temps disponible de chacun et ses capacités physiques et intellectuelles (cf. ATF 133 V 504 consid. 4.2, 130 V 97 consid. 3.3.3). Par ailleurs, l'augmentation de 15% à 35% du poste entretien du logement avec une limitation dans les tâches de 50% est à l'avantage de l'assurée. La Cour observe cependant que le taux d'incapacité de 50% devrait être fixé plus bas, vu un temps disponible pour l'entretien du logement allongé (35% au lieu de 15% d'un 100%), eu égard à la suppression du temps consacré aux enfants, et en application des principes d'évaluation dans les tâches domestiques (aménagement des temps de travail, recours à l'aide des proches dans la mesure de leur disponibilité). Pour le calcul in casu, ce pourcentage est laissé en l'état, car il ne change rien au résultat (taux d'invalidité excluant la rente).

## **E. 21**

juin 2017 de l'Instituto de Reumatologia de (...) E.\_\_\_\_\_ figurait déjà au dossier et n'était donc pas susceptible de remettre en cause les conclusions du projet de décision du 9 novembre 2018 (AI pce 202). D. D.a Par acte du 19 février 2019, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Quetglas Ariño, a interjeté recours contre la décision précitée auprès du Tribunal de céans concluant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de prestations d'invalidité. Elle fait valoir une appréciation erronée de l'existence d'une capacité de travail. A l'appui de son recours, elle indique que les juridictions espagnoles lui ont reconnu des pathologies importantes et que si elle ne bénéficiait pas d'une rente espagnole c'est qu'elle ne remplissait pas la condition d'une durée de cotisations minimale. Elle fait valoir les pathologies évoquées par un rapport médical du 13 décembre 2017 de l'Instituto de Reumatologia de (...) E.\_\_\_\_\_. Elle note que ce rapport contient un rapport psychologique dont elle n'a pas connaissance au détriment de ses droits. A l'appui de son recours trois documents déjà au dossier ont été joints, soit les pièces AI 152, 163, 199 (cf. infra consid. 10),

C-950/2019 Page 6 mais non le rapport du 13 décembre 2017 indiqué de l'Instituto de Reumatologia de (...) E.\_\_\_\_\_ (TAF pce 1). D.b Par réponse au recours du 20 juin 2019, l'OAIE a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il a indiqué être entré en matière sur la 3ème demande de prestations AI du fait qu'une aggravation de l'état de santé ne pouvait être exclue selon son service médical. Mais qu'en l'occurrence l'examen de la documentation médicale n'avait pas permis de reconnaître une péjoration de l'état de santé depuis la documentation médicale à la base de la décision du 1er juillet 2005 (recte: décision sur opposition du 3 mars 2006) confirmée par le TAF et le TF. L'OAIE a précisé que dans sa prise de position du 20 septembre 2018 (pce 192), le médecin psychiatre de son service médical avait évalué qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé psychique. Le rapport de l'institut I.\_\_\_\_\_ du 14 juin 2018 (pce 176) ne relevait pas de pathologie psychiatrique causant une incapacité de travail. Le médecin psychiatre avait constaté que la recourante n'avait pas de plainte subjective, ne suivait pas de psychothérapie et ne prenait pas de traitement psychopharmacologique. Il a noté que la procédure probatoire structurée n'avait pas dû être effectuée, l'incapacité de travail ayant été niée sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialiste. Il a conclu que malgré les pathologies dont souffrait la recourante, dont la fibromyalgie, la modification de

l'état de santé qui pourrait avoir une influence sur la capacité de travail et la capacité de gain n'avait pas été démontrée (TAF pce 13). D.c Par réplique du 27 novembre 2019 (timbre postal), la recourante a indiqué être dans l'impossibilité de se déterminer faute de disposer du dossier de la cause et a conclu à sa production. Sur le fond, la recourante a relevé qu'il n'y avait pas unanimité entre les médecins de l'OAIE quant à sa capacité de travail et a fait valoir que l'OAIE ne pouvait pas simplement suivre l'avis du médecin qui lui était favorable, qu'en l'occurrence un tiers médecin aurait dû être consulté. Elle a fait valoir les diagnostics suivants reconnus par l'INSS : arthromyalgie généralisée, fibromyalgie et fatigue chronique diagnostiquées il y a plus de 10 ans, arthropathie psoriasique possible, discarthrose cervico-lombaire sans signes radiculaires aigus. Elle a relevé qu'il n'y avait pas de rapport psychiatrique au dossier car en Espagne la fibromyalgie était une atteinte physique et non psychologique, elle a souligné souffrir d'un trouble de l'adaptation à la pathologie organique (CIM-10 F43.2) en raison de ses douleurs, atteinte qui était nouvelle. Elle a indiqué ne pas suivre un traitement pharmacologique en raison de ses effets secondaires car elle avait appris à vivre avec sa maladie. A l'appui de ses déterminations, la recourante a fait état de procédures judiciaires

C-950/2019 Page 7 en Espagne tendant à ce qu'elle soit reconnue en incapacité de travail permanente. Enfin, elle a conclu à la reconnaissance de prestations d'invalidité (TAF pce 18). D.d Par duplique du 16 décembre 2019, l'OAIE a maintenu ses déterminations. Il a indiqué que la pleine capacité de travail de l'assurée retenue en 2005 (recte: 2006) dans son activité habituelle avait été confirmée par le TAF et le TF. S'agissant de la fibromyalgie, l'OAIE a indiqué que cette pathologie avait été reconnue mais retenue non invalidante chez l'assurée tant par le TAF que par le TF. S'agissant du diagnostic de trouble de l'adaptation F43.2 mentionné dans le rapport psychiatrique de l'Institut I. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2018 (pce 176), l'OAIE a indiqué que son médecin psychiatre s'était prononcé sur ce rapport dans sa prise de position du 20 septembre 2018 (pce 192) concluant qu'il n'existait pas d'aggravation de l'état de santé psychiatrique. Ce diagnostic avait dès lors été pris en considération dans la décision du 14 janvier 2019 (cf. AI pce 202). Enfin, relativement aux décisions judiciaires espagnoles, l'OAIE a indiqué n'être pas lié par celles-ci (TAF pce 20). D.e Par ordonnance du 24 décembre 2019, notifiée le 14 janvier 2020, le Tribunal a transmis la duplique de l'OAIE à la connaissance de la recourante et a mis un terme à l'échange des écritures réservant des mesures d'instruction complémentaires (TAF pces 21 s.). E. E.a Par ordonnance du 19 janvier 2022 et courrier connexe du 20 janvier 2022, notifiés le 14 février 2022, le Tribunal a requis de la recourante la production du rapport médical du 13 décembre 2017 de l'Instituto de Reumatologia de (...) E. \_\_\_\_\_, le rapport psychologique auquel ce rapport faisait référence (cas échéant à solliciter directement auprès de l'Instituto E. \_\_\_\_\_) et une détermination sur les pièces au dossier, lesquelles lui ont été transmises sur une clé USB sécurisée pour consultation (TAF pce

## **E. 23**

s.). E.b Par réponse du 10 mars 2022 (timbre postal), la recourante a précisé i) qu'il n'y avait pas de rapport du 13 décembre 2017 de l'Instituto de Reumatologia E. \_\_\_\_\_ mais qu'à cette date avaient été retenues, selon l'Unité de valorisation médicale des incapacités, les atteintes à la santé relevées au chiffre 7 de la résolution du 8 janvier 2018 de l'INSS (cf. AI pce 197), ii) que le seul rapport psychologique (espagnol) au dossier était le rapport I. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2018 (AI pce 176). Elle a observé que tous

C-950/2019 Page 8 les médecins retenaient qu'elle souffrait de fibromyalgie, que du fait qu'en Espagne l'atteinte en question était d'ordre somatique et non psychiatrique le rapport psychologique I. \_\_\_\_\_ n'avait pas évoqué de fibromyalgie et de fatigue chronique, atteintes objectivées sur le plan somatique par 15/18 tender points. Elle a rappelé souffrir de pathologies osseuses (cf. AI pces 183, 199) et d'arthromyalgie généralisée (cf. AI pce 197). Sur le plan psy- chiatrique, elle a noté souffrir d'un trouble adaptatif à la pathologie orga- nique. Elle a fait valoir que l'incapacité de travail dans les tâches ména- gères de 22% retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ ne relevait pas d'une évaluation précise en pourcentage, observé que le Dr F. \_\_\_\_\_ avait retenu une in- capacité de 60% d'un point de vue rhumatologique dans l'activité habituelle et qu'il n'était pas correcte d'écarter l'avis de ce dernier sans requérir l'avis d'un troisième médecin. Enfin elle a rappelé qu'elle n'avait pas droit à des prestations d'invalidité en Espagne en raison d'une durée insuffisante de cotisations dans ce pays (TAF pce 29). E.c Par ordonnance du 24 mars 2022, le Tribunal a transmis la réponse précitée de la recourante à l'autorité inférieure pour connaissance et a clos l'échange des écritures (TAF pce 30).

Droit : 1. 1.1 Selon l'art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal adminis- tratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF non réalisées en l'espèce, le Tribunal de céans connaît, en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours inter- jetés 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). Il est ainsi compétent pour connaître du présent recours, la décision litigieuse émanant de l'OAIE. 1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédé- ral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 oc- tobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à

C-950/2019 Page 9 l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA. 1.3 Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qua- lité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce. 1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA, 50 al. 1, 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800.- francs ayant été effectuée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA, 69 al. 2 LAI; TAF pces 4-6), le recours est recevable. 2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 7 novembre 2017. 3. 3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juri- diques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3). La nouvelle demande de rente d'invalidité ayant été déposée le 7 novembre 2017, son examen re- lève des dispositions de la LAI et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) au moment de la décision dont est recours, soit dans leur teneur au 14 janvier 2019. Les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2020 et ultérieurement, notamment le 1er janvier 2022 sur les degrés d'invalidité

(RO 2021 705, FF 2017 2363), ne sont pas applicables. 3.2 Le tribunal 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 14 janvier 2019). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire

C-950/2019 Page 10 l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). 4. 4.1 L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où la requérante, ayant travaillé en Suisse, est ressortissante espagnole domiciliée en Espagne. 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]; art. 80a LAI), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Depuis le 1er avril 2012, les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) et le 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 (RS 0.831.109.268.11). À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États 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). 4.2 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 État membre, que les ressortissants de celui-ci. 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 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n° 883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre État membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009). 5. 5.1 Au sens de l'art. 49 PA, le requérant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

C-950/2019 Page 11 5.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPG; 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; MOOR/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, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5; BE-NOÛT 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; MO-SER/BEUSCH/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; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4). Ce devoir impute en particulier aux parties l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles supporteront les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2). 6. Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). Il ressort du dossier que l'assurée compte plus de trois années de cotisations à l'AVS/AI (AI pce 177; supra A.a), de sorte qu'elle remplit la condition afférente à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi. 7. 7.1 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

C-950/2019 Page 12 – sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), – il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), – au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 7.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). 7.2.1 L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 6). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 7.2.2 Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 7.3 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Cette méthode est dite générale. L'invalidité

de l'assuré sans activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction

C-950/2019 Page 13 de son incapacité à accomplir ses travaux habituels, tels les activités usuelles dans le ménage, les soins et l'assistance apportée aux proches (cf. art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI). Cette méthode est dite spécifique. Si l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel et des activités habituelles visés à l'art. 7 al. 2 LAI, son taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (art. 27bis al. 2 RAI). La méthode est dite mixte. Sur les méthodes d'évaluation de l'invalidité, voir ATF 137 V 334 consid. 3.1.1-3.4. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 4), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement (CE) n° 883/04). 7.5 Le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (délai de carence) et sous réserve du délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). En l'espèce, l'assurée ayant déposé sa 3ème demande le 7 novembre 2017 auprès de l'INSS, un droit à la rente ne peut s'ouvrir au plus tôt qu'au 1er mai 2018 sous réserve du délai d'attente d'une année de l'art.

## **E. 28**

al. 1 let. b LAI. 8. 8.1 Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux l'on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes

C-950/2019 Page 14 à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2). 8.2 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 et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 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 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33). 8.2.1 S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI, art. 49 al. 2 RAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs il sied de relever que le fait précisément que ces

C-950/2019 Page 15 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 leur appréciation; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré-e au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un-e expert-e indépendant-e. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). 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). 8.2.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit.; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante

(arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit.; arrêts du TF 9C\_338/2016 du

C-950/2019 Page 16 21 février 2017, publié in: Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 48 et 49). 8.3 Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt du TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.1). 8.3.1 S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2) ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4, 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt du TF 9C\_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5; cf. aussi PETER HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: RSAS 2014 p. 12), le point de départ de l'examen du droit aux prestations – un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux – selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGa, et en particulier 7 al. 2 LPGa, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, lege artis, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396; arrêts du TF 9C\_899/2014 consid. 3.1 et 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1). 8.3.2 Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10, DSM) sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). En particulier, l'existence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281

C-950/2019 Page 17 consid. 2.1.1 et les références citées; arrêt du TF 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2). 8.3.3 Une fois le diagnostic de fibromyalgie posé lege artis conformément aux règles précitées, il convient de déterminer si ce diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. Ce n'est en effet que si les motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de fibromyalgie conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2; arrêts du TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2). Relativement aux motifs d'ex-

clusion, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (arrêt du TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2). 8.3.4 Si le diagnostic de fibromyalgie résiste aux motifs d'exclusion – lesquels permettraient de l'écarter juridiquement – il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail exigible des assurés souffrant d'une telle atteinte psychosomatique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (indicateurs standards), permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; arrêts du TF 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et les références citées, 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références citées). Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent

C-950/2019 Page 18 de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine, 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1; VALTERIO, op. cit., art. 4 n° 22). 8.3.5 Depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 s., en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1). 9. 9.1 Lorsque la rente a été refusée par une précédente décision parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI; ATF 130 V 71 consid. 2.2, 109 V 262 consid. 3). Cette exigence 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 130 V 71 consid. 3.2.3, 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). 9.2 Si l'administration entre en matière sur une nouvelle 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 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec l'al. 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si, entre la décision de refus de prestations entrée en force – qui a reposé sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes

au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'in- validité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 71; arrêts du TF 9C\_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2, 9C\_503/ 2020 du 17 novembre 2020 consid. 3.2). 9.3 En l'espèce, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande du 7 novembre 2017. Elle avait à déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen

C-950/2019 Page 19 matériel du droit de l'assurée à une rente, soit la décision sur opposition du 3 mars 2006 – confirmée par un arrêt C-2746/2006 du TAF du 22 avril 2008, lequel a été confirmé par un arrêt 9C\_486/2008 du TF du 8 janvier 2009 –, si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite entre le 3 mars 2006 et le 14 janvier 2019. Le même devoir d'exa- men incombe au Tribunal de céans (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 108 consid. 2b; arrêt du TF 9C\_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2). 10. 10.1 A la base de la décision sur opposition du 3 mars 2006 de rejet de toutes prestations AI (AI pce 126), déterminante pour l'examen de la 3ème demande déposée le 7 novembre 2017, l'OAIE avait retenu qu'un rapport E213 daté du 10 février 2005 établi par la Sécurité sociale espagnole, bien que ne liant pas l'AI, confirmait que l'ancienne activité de l'assurée de cou- turière sur machine était toujours exigible à plein temps sans invalidité, que de l'avis de son service médical, seules des activités lourdes nécessitant des efforts particuliers au niveau du dos étaient contre-indiquées et qu'existait un empêchement d'accomplir des travaux ménagers avec un taux d'invalidité de 22% (cf. AI pce 111 [calcul selon CII]). En l'occurrence, compte tenu d'une activité lucrative exercée à 91% et d'activités ména- gères exercées à 9% d'un plein temps, existait un taux d'invalidité de 2% ( $[91\% \times 0\%] + [9\% \times 22\%]$ ) n'ouvrant pas le droit à une rente. 10.2 Le TAF, dans son arrêt du 22 avril 2008, a retenu que l'intéressée souffrait notamment de polyarthrose modérée, d'une scoliose dorso-lom- baire et d'une fibromyalgie qualifiée par l'assurée d'invalidante, mais que ni les rapports médicaux E213 au dossier établis par l'INSS les 28 janvier 2004 et 10 février 2005, ni le rapport de l'Instituto E, \_\_\_\_\_, ni les alléga- tions d'ordre médical de l'assurée n'avaient fait état de troubles psychiques qui justifieraient de soulever la question d'une inférence des troubles rhu- matologiques avec des troubles psychiques d'une certaine gravité. Sous l'angle psychiatrique, seule figurait au dossier une expertise du 10 no- vembre 1999 effectuée par le Dr L. \_\_\_\_\_ concluant à un status non in- validant. Aussi, l'arrêt a relevé que lesdits rapports médicaux E213 con- cluaient d'ailleurs à une capacité de travail presque intacte en tout cas dans les travaux moyennement lourds sédentaires et non exposés à des chan- gements de température. La précédente activité de la recourante a été considérée exigible à plein temps (AI pce 139 p. 15 [consid. 8.4]). L'arrêt relève aussi que, dans le cadre de l'instruction, contrairement au Dr D. \_\_\_\_\_ de l'OAIE qui n'avait pas retenu d'incapacité de travail, le Dr

C-950/2019 Page 20 F. \_\_\_\_\_ avait retenu une incapacité de 60% dans l'activité lucrative de l'assurée en raison d'une chronicisation des douleurs, mais que ce taux ne pouvait être retenu du fait de n'avoir pas été étayé objectivement et d'être en contradiction avec lesdits rapports E213. En particulier, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'avait pas démontré d'évolution négative sensible par rapport à l'expertise médicale effectuée en juin 2002 ayant conclu à la possibilité pour l'assurée d'effectuer des travaux légers à moyennement lourds sans restriction, dont l'activité de couturière (AI pce 139 p. 16 [consid. 8.4]). Sur le vu de ce qui précède, le TAF avait alors conclu avec les médecins de l'INSS et le Dr D. \_\_\_\_\_ de l'OAIE que la fibromyalgie, outre la polyarthrose et la sco- liose dorso-lombaire dont

souffrait l'assurée, ne l'empêchait pas d'exercer son ancienne activité de couturière sur machine ou toute activité adaptée dans une mesure excluant le droit à une rente d'invalidité (AI pce 139 p. 16 [consid. 8.4]). 10.3 Le Tribunal fédéral a confirmé l'appréciation médicale du TAF dans l'arrêt 9C\_486/2008 du 8 janvier 2009. Il a mis en exergue que, selon l'ex- pte psychiatrique du Dr L.\_\_\_\_\_ du 10 novembre 1999 établie lors de la 1ère demande de prestations AI, la recourante souffrait, du point de vue psychique, d'un trouble somatoforme douloureux qui n'entraînait aucune limitation de sa capacité de travail, aucune comorbidité psychiatrique n'ayant été relevée. Au cours de l'instruction de la seconde requête de la recourante, les médecins ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, sans mettre en évidence une évolution défavorable de la situation de l'assurée, en particulier sur le plan psychique. Les rapports E213 précités n'ont pas fait état d'une problématique psychique. Il en est de même de la Dre D.\_\_\_\_\_ de l'Instituto de Reumatologia E.\_\_\_\_\_, médecin consulté par la recourante (rapport du 3 janvier 2005). Le TF a encore relevé que le Dr D.\_\_\_\_\_ de l'OAIE avait expressément exclu une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis 2002, date de la première décision de l'assurance-invalidité (arrêt du TF, AI pce 146 p. 5 [consid. 3.3]). Par ailleurs, le TF avait expressément confirmé que l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ (médecin généraliste de l'OAIE) d'une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle de la recourante ne pouvait être suivie pour les motifs énoncés par le TAF (AI pce 146 p. 6 [consid. 3.4]). 11. 11.1 Procédant à l'instruction de la nouvelle demande du 7 novembre 2017 (AI pce 148 p. 7), l'OAIE a recueilli notamment la documentation suivante consécutive à la décision sur opposition du 3 mars 2006 (cf. supra B.a et consid. 10.1) jusqu'à la décision du 14 janvier 2019 (AI pce 202) dont est recours :

C-950/2019 Page 21 – un rapport RM du 28 mai 2017 de l'Institut K.\_\_\_\_\_ (Dr M.\_\_\_\_\_) de la colonne lombaire (examen du 19 mai 2017) concluant à une discrète cyphose lombaire, à des champs dégénératifs discaux de L2-L3 à L5-S1 avec des bombements discaux asymétriques de prédominance postérieure à tous les niveaux en L4-L5 et L5-S1 à l'origine d'une sténose modérée des deux trous de jonction (AI pce 199) ; – un rapport du 21 juin 2017 de la Dre G.\_\_\_\_\_ de l'Instituto de Reumatologia E.\_\_\_\_\_ mentionnant les atteintes actuelles à la santé de cadre de fatigue et d'épuisement extrême, de douleurs, de diagnostic de fibromyalgie et de syndrome de fatigue chronique depuis plus de 10 ans, un statut sans signes inflammatoires, des myalgies, des algies variées tout au long de la journée, des difficultés à dormir, un sommeil non réparateur, un examen douloureux des manœuvres sacro-iliaques, un gonflement externe de la cheville droite, 15/18 tender points positifs (fibromyalgie). La Dre G.\_\_\_\_\_ évoque les constats radiologiques au niveau cervical de rectification de la courbe avec une tendance à l'inversion, une discopathie de prédominance C5-C6, une discarthrose lombaire L2-L3 avec formation ostéophytique et parasyndesmophytiques, au niveau du bassin un élargissement pseudo-sacro iliaque à gauche compatible avec une sacro-iliite unilatérale (typique d'une arthropathie psoriasique), les constats d'un RM lombaire du 19 mai 2017 précité à l'origine d'une sténose modérée des deux trous de jonction, les constats de champs dégénératifs selon une RM des sacro-iliaques du 26 mai 2017. Le rapport pose les diagnostics de spondylarthrose lombaire, fibromyalgie, déficit en vitamine D, de possibilité d'une variante d'arthropathie psoriasique, bien que seuls des changements dégénératifs apparaissent à l'IRM des sacro-iliaques (AI pce 163) ; – un rapport médical E213 du 13 décembre 2017 faisant état des plaintes d'arthrose cervicale, fibromyalgie, fatigue chronique, psoriasis, épisodes de douleurs et impotence fonctionnelle avec des algies variables au cours de la

jour- née, notant un status nutritionnel (162cm/64kg) et mental corrects, une mobilité du rachis cervical, dorsal et lombaire conservée, des extrémités supérieures et inférieures sans déficit moteur ni sensitif, une marche normale, relevant les atteintes radiologiques précitées, posant les diagnostics d'arthromyalgie généralisée, fibromyalgie, fatigue chronique depuis 10 ans, possibles arthropathies psoriasiques, cervico-lombodiscarthrose sans signe radiculaire aigu, sans dysfonction articulaire générale, ni du rachis, atteintes d'évolution chronique, les fonctionnalités étant conservées. Le rapport ne comprend pas d'appréciation de la capacité de travail. Il relève que selon la législation espagnole l'intéressée ne présente ni incapacité permanente ni invalidité (AI pce 149) ;

C-950/2019 Page 22 – une décision du 8 janvier 2018 de la sécurité sociale espagnole notant les diagnostics d'arthromyalgie généralisée, fibromyalgie et fatigue chronique diagnostiquée depuis plus de 10 ans, possible arthropathie psoriasique, cervico-lombodiscarthrose sans signe radiculaire aigu, sans dysfonction articulaire en général ni du rachis, mais ne reconnaissant pas d'incapacité permanente pour maladie commune à l'assurée du fait de l'absence d'un degré d'incapacité et d'une période de cotisations insuffisante (p. 1 in fine [Fundamentos legales ch. 2] : « Las lesiones descritas no constituyen una incapacidad permanente en ningún grado »; p. 2 [Resolución] : « Resuelvo que no procede declarar a A.\_\_\_\_\_ en situación de incapacidad permanente por enfermedad común, porque no acredita ningún grado de incapacidad ni el periodo de cotización exigido » (AI pce 152) ; – le questionnaire à l'assurée daté du 16 avril 2018 mentionnant les atteintes évoquées dans le rapport E213 du 13 décembre 2017 ainsi que des champs dégénératifs discaux de L2 à L5-S1, des bombements discaux asymétriques à prédominance postérieure aux niveaux L4-L5 et L5-S1, un disque rudimentaire en S1-S2 avec perte de hauteur vertébrale L5, une rectification de la courbe de la colonne cervicale avec tendance à l'inversion, une discopathie de prédominance C5-C6, un élargissement pseudo-sacro iliaque du bassin à gauche compatible avec une sacro-iliite bilatérale (typique d'une arthropathie psoriasique). Le questionnaire mentionne une activité antérieure de couturière, l'absence d'activité lucrative actuelle pour raison de santé, un ménage de deux personnes adultes (assurée et conjoint) dans une maison individuelle, des activités ménagères effectuées uniquement par le mari de l'assurée (AI pce 162) ; – un rapport du 14 juin 2018 du Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre de l'Institut I.\_\_\_\_\_ (cf. www.I.\_\_\_\_\_.org consulté le 06.05.2022), rapportant les antécédents de pathologie ostéoarticulaire, fibromyalgie, fatigue chronique, hystérectomie, sollicitation de la reconnaissance d'une incapacité permanente, n'indiquant pas d'antécédents personnels de nature psychiatrique. Le praticien observe une attitude collaborative, un status vigilant, orienté dans le temps et l'espace, un flux et un contenu de la pensée sans altérations significatives, une perception des choses conservée, un langage cohérent quant à la forme et le contenu. Il ne signale pas d'indice de retard mental, rapporte des difficultés de concentration, non de l'anxiété, une humeur avec des hauts et des bas. Il signale les plaintes de la patiente de fibromyalgie et de fatigue chronique depuis 20 ans avec des douleurs généralisées. Aux dires de la patiente, cette dernière fait l'effort d'accomplir les tâches ménagères mais calmement et en mesurant ses efforts. Elle exprime le sentiment de devoir aller de l'avant, d'avoir connu des moments plus difficiles en raison de problèmes médicaux et que maintenant la situation est différente parce que ses enfants sont plus âgés

C-950/2019 Page 23 et n'ont pas besoin de son attention. Le praticien ne rapporte ni traitements médicamenteux, ni suivi psychologique, il note que, selon l'échelle de Hamil-

ton de la dépression et de l'anxiété, la patiente atteint un degré de dépression modéré et ne présente pas d'anxiété. Le psychiatre retient le diagnostic de trouble de l'adaptation en réaction à une pathologie organique (CIM-10 F.43.2), la symptomatologie est évaluée de degré léger à modéré. D'un point de vue psychiatrique le médecin ne retient pas d'incapacité permanente (« non es subsidiaria de IP ») (AI pce 176) ; – une détermination du 13 juillet 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE, indiquant ne pouvoir attester d'une détérioration significative de l'état de santé sur le plan somatique et sollicitant une détermination spécialisée sur le plan psychiatrique (AI pce 180) ; – une prise de position du 20 septembre 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre du service médical de l'OAIE, niant l'existence d'une détérioration de l'état de santé dans son domaine de compétence, relevant que l'assurée ne suivait pas de thérapie médicamenteuse ni psychothérapeutique et que le rapport du 14 juin 2018 (Dr H.\_\_\_\_\_) ne postulait pas de dégradation de l'état de santé (AI pce 192) ; – une note interne (service d'évaluation de l'invalidité) de l'OAIE du 17 octobre 2018 rappelant le taux d'invalidité de 2% retenu dans la décision du 3 mars 2006 (0% d'invalidité dans l'activité lucrative de couturière et 22% dans les tâches ménagères) et les taux d'activité respectifs de 91% et 9%, notant que les Dr F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ n'ont pas retenu d'aggravation de l'état de santé, relevant que l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ en 2005 d'une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle n'avait pas été retenue par le TAF en 2008 et le TF en 2009 (AI pce 194) ; – une prise de position du 8 janvier 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE relevant des plaintes subjectives et des rapports radiologiques mais non des données rhumatologiques prouvant des entraves fonctionnelles pertinentes. Il note que sur le plan psychiatrique il n'y a pas de preuve d'une aggravation qui pourrait donner un poids différent aux plaintes somatiques (évaluation du Dr J.\_\_\_\_\_ du 20.9.2018). Il relève que l'évaluation du ministère espagnol concerné conclut également que l'assurée ne peut être déclarée en incapacité permanente de travail. Il maintient son appréciation d'une incapacité de travail dès le 2 juin 2003 dans l'activité antérieure de 60% et dans le ménage de 22% (AI pce 201). 11.2 L'OAIE a rejeté par décision du 14 janvier 2019 la 3ème demande de prestations d'invalidité pour le motif qu'il n'existait pas une incapacité de

C-950/2019 Page 24 travail moyenne suffisante, pendant une année au sens de l'AI, malgré l'atteinte à la santé, qu'en l'occurrence l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel (91% d'un 100%) et l'accomplissement des travaux habituels (9% d'un 100%) étaient toujours exigibles dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. L'OAIE a précisé, à l'issue de la procédure d'audition, que le rapport médical du 28 mai 2017 de l'Institut K.\_\_\_\_\_ confirmait les atteintes à la santé connues et n'apportait pas d'éléments nouveaux, que le rapport médical de l'Instituto de Reumatologia E.\_\_\_\_\_ du 21 juin 2017 (dernier en date de cet institut au dossier) avait été pris en compte, qu'en droit suisse l'invalidité était déterminée par les répercussions économiques des atteintes à la santé sur la capacité de gain et non par les atteintes-mêmes. L'OAIE a établi, comme pour la décision de 2006, un taux d'invalidité prenant en compte une activité lucrative exercée à 91% d'un plein temps sans invalidité et une activité dans les tâches domestiques exercées à 9% d'un plein temps avec un taux d'invalidité afférent auxdites tâches de 21%, calculé selon la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (CIIAI Ed. 2018 cm 3088; AI pce 193). Ces taux d'invalidité cumulés ( $[91\% \times 0\% = 0\%] + [9\% \times 21\% = 1.89\%]$ ) selon la méthode mixte ont donné lieu à un taux d'invalidité arrondi déterminant de 2% n'ouvrant pas le droit à une rente. 11.3 La recourante conteste la décision attaquée et conclut à l'octroi de prestations d'invalidité. Elle nie l'existence d'une capacité de travail et fait valoir souffrir

de fibromyalgie et d'importantes autres pathologies que les juridictions espagnoles lui ont reconnues. Elle se réfère aux pathologies retenues le 13 décembre 2017 par l'Unité de valorisation médicale des incapacités listées dans la résolution de l'INSS du 8 janvier 2018 (cf. AI pce 197 chiffre 7; supra D.c). Elle relève que s'agissant de sa capacité de travail les médecins de l'OAIE n'étaient pas unanimes, que le Dr F. \_\_\_\_\_ de l'OAIE avait retenu une incapacité de travail de 60% dans son activité habituelle (cf. AI pce 201), contrairement au 0% retenu dans la décision entreprise, que dès lors l'OAIE se devait de solliciter l'avis d'un troisième médecin et ne pouvait pas simplement suivre l'avis du médecin qui lui était favorable, que son incapacité de travail de 22% dans les tâches ménagères n'avait pas fait l'objet d'une évaluation précise. Elle souligne souffrir selon le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ d'un trouble de l'adaptation à la pathologie organique (CIM-10 F43.2) en raison de ses douleurs, que le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été retenu sur le plan psychiatrique par le rapport de l'Institut I. \_\_\_\_\_ du fait d'être en Espagne une atteinte somatique. Elle indique qu'elle ne peut prétendre à une rente d'invalidité en Espagne parce qu'elle ne totalise pas un nombre d'années de travail lui ouvrant ce

C-950/2019 Page 25 droit (TAF pce 1 et [après transmission de l'entier du dossier pour connaissance selon demande] pce 29). 11.4 L'OAIE, a l'appui de sa décision (voir supra D.b et D.d), précise qu'il n'y a pas eu de péjoration de santé sur le plan somatique depuis la dernière décision de rejet de rente et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, le rapport de l'Institut I. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2018 ne relevant pas de pathologie psychiatrique causant une incapacité de travail. En l'occurrence, la recourante ne suivait pas de psychothérapie ni ne prenait de traitement psychopharmacologique. S'agissant de la fibromyalgie, l'OAIE a indiqué que cette pathologie avait été reconnue en 2005/2006 mais retenue in casu non invalidante chez l'assurée tant par le TAF en 2008 que par le TF en 2009 et encore en 2017/2018 et 2019 par les médecins. S'agissant du diagnostic de trouble de l'adaptation F43.2 mentionné dans le rapport psychiatrique de l'Institut I. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2018 (pce 176), l'OAIE a indiqué que son médecin psychiatre s'était prononcé sur ce rapport dans sa prise de position du 20 septembre 2018 (pce 192) notant que le rapport I. \_\_\_\_\_ ne relevait pas de pathologie psychiatrique causant une incapacité de travail, concluant qu'il n'existait pas d'aggravation de l'état de santé psychiatrique (TAF pce 13). 11.5 11.5.1 La cour constate que les diagnostics posés depuis 2006, en particulier en 2017 et 2018, ne permettent pas selon les médecins de l'OAIE de retenir une détérioration sensible de l'état de santé de la recourante à compter du 1er mai 2018 (ouverture théorique d'un droit à la rente) et jusqu'au 14 janvier 2019 au point pour cette dernière de ne pas pouvoir exercer son ancienne activité de couturière sur machine ou toute activité adaptée dans une mesure excluant le droit à la rente et ses activités domestiques dans la même proportion. L'OAIE n'a en fait reconnu aucune détérioration déterminante de l'état de santé de la recourante depuis sa dernière décision sur opposition de 2006 tant sur les plans somatique que psychiatrique, lequel office avait retenu en 2006 une pleine capacité de travail dans l'activité de couturière sur machine et une limitation de 22% dans les tâches ménagères. La cour observe que le rapport de l'Instituto de Reumatologia E. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2017 pose certes des diagnostics d'atteintes à la santé chez une personne de quelque 60 ans, soit en lien aussi avec l'âge de l'assurée, mais que ce rapport, bien qu'évoquant des douleurs, ne les étayait pas par des observations médicales concluantes (cf. supra consid. 8.3) ni ne se prononce sur la capacité de travail de l'intéressée, laquelle a été appréciée indirectement non limitée dans le rapport

C-950/2019 Page 26 E213 du 13 décembre 2017 notant que selon la législation espagnole l'intéressée ne présente pas d'incapacité permanente ni invalidité. Le rapport E213 ne s'exprime en effet pas sur la capacité de travail (cf. chiffre 11), il indique toutefois à la suite des atteintes à la santé énumérées que les fonctions sont conservées (cf. AI pce 149 ch. 7 et 8 « Perjuicio para la salud : Funcionalismo conservado ; Deficits funcionales : Funcionalismo conservado »). Sur le plan psychiatrique, le Dr H. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 juin 2018, n'a également pas retenu d'incapacité de travail (voir infra 11.5.4). Enfin, la décision du 8 janvier 2018 de la sécurité sociale espagnole a relevé que « Las lesiones descritas non constituyen una incapacidad permanente en ningún grado » (AI pce 152 p. 1 ch. 2).

11.5.2 Dans sa réplique du 27 novembre 2018 et son écriture du 10 mars 2022, l'intéressée a relevé que deux médecins de l'OAIE en 2006 n'étaient pas unanimes quant à sa capacité de travail dans son activité de couturière, qu'en 2019 encore le Dr F. \_\_\_\_\_ avait maintenu son appréciation d'une incapacité de travail de 60% dans l'ancienne activité depuis le 2 juin 2003 (cf. AI pce 201), qu'en l'occurrence l'OAIE aurait dû requérir l'avis d'un troisième médecin et non simplement suivre l'avis du médecin ayant retenu l'absence d'incapacité de travail dans l'ancienne activité. Aussi, elle a indiqué que l'incapacité de travail de 22% dans les tâches ménagères n'était pas établie.

11.5.3 Pertinent en soi prima vista, le grief que l'OAIE aurait dû recourir à l'appréciation d'un troisième médecin peut être écarté. Si effectivement le Dr F. \_\_\_\_\_ de l'OAIE avait retenu le 8 janvier 2019 une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle et pour toute activité adaptée, notwithstanding un état de santé inchangé depuis 2006 (AI pce 201), le Dr D. \_\_\_\_\_ de l'OAIE n'avait retenu en 2006 déjà aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée et pour toute activité légère adaptée, à l'instar des médecins de l'INSS. Cette appréciation a été confirmée tant par le TAF que le TF (cf. supra A.b) dans leurs arrêts respectifs de 2008 et 2009. Pour cette raison l'OAIE était fondé à retenir une pleine capacité de travail de l'assurée en 2006 dans son activité habituelle, reconnue par la Haute Cour, toujours présente en 2019 du fait que l'état de santé de l'assurée avait été reconnu inchangé. Le recours à l'avis d'un troisième médecin ne se justifiait dès lors pas.

11.5.4 La requérante souligne l'existence nouvellement d'un trouble de l'adaptation en réaction à une pathologie organique (CIM-10 F.43.2), affectant sa capacité de travail. Le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre, de l'Institut I. \_\_\_\_\_, relève cependant dans son rapport du 14 juin 2018 que la

C-950/2019 Page 27 symptomatologie est évaluée de degré léger à modéré et que d'un point de vue psychiatrique l'intéressée ne présente pas d'incapacité permanente (AI pce 176). Aussi, il sied de relever que le trouble d'adaptation est par définition un phénomène temporaire (Dilling/Mombour/Schmidt [Edit.], Classification internationale des troubles mentaux, CIM-10, chapitre V (F), 10e éd. 2015, F43.2 p. 209). C'est pourquoi il n'est pas considéré comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante (arrêts du TF 9C\_87/2017 du 16 mars 2017, 9C\_210/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.2 in fine). Ce diagnostic est posé lorsque les symptômes ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble tel que par exemple dépression, trouble anxieux, état de stress aigu, état de stress post-traumatique (voir [www.msmanual.com/fr](http://www.msmanual.com/fr) → trouble de l'adaptation; [www.pschyrembel.de](http://www.pschyrembel.de) → Anpassungsstörung). Par ailleurs, il sied de relever que l'assurée n'est pas suivie sur la durée par un médecin psychiatre. Vu l'appréciation-même du trouble de l'adaptation par le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre, qui n'a pas retenu de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur les plans personnel que professionnel (cf. supra consid. 8.3.2), ce trouble ne justifiait pas un examen particulier par le service médical de l'OAIE selon les indicateurs en application de la jurisprudence

relative aux troubles psychiques invalidants (cf. supra consid. 8.3.4). 11.6 Il résulte de ce qui précède que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé depuis 2006 jusqu'au moment de la décision attaquée et qu'elle pouvait toujours exercer son activité antérieure ou une activité adaptée à plein temps sans limitation et ses tâches ménagères avec les limitations reconnues précédemment. 12. 12.1 Dans la mesure où la recourante pouvait exercer comme précédemment l'activité qui était la sienne de couturière sur machine, il ne saurait être retenu d'invalidité pour l'activité lucrative de la recourante correspondant selon son dernier travail en 1995 à 91% d'un 100% (cf. supra A.a). Quant à l'activité restante de 9% correspondant aux tâches ménagères selon l'emploi du temps en 1995, l'OAIE a indiqué un taux d'invalidité de 21% distinct de celui de 22.5% établi par le Dr F.\_\_\_\_\_. 12.2 Du fait que le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu les mêmes limitations fonctionnelles en 2019 (AI pce 201) qu'en 2004 (AI pce 111 p. 3), la modification du taux d'invalidité dans les tâches ménagères par rapport au taux initial résulte du fait que la recourante n'a plus à s'occuper d'enfants et qu'à ce titre elle n'est plus limitée dans ses tâches liées aux soins de ces derniers.

C-950/2019 Page 28 Dans l'évaluation du Dr F.\_\_\_\_\_, cette part des tâches correspondait à 1.5% sur 22.5% d'invalidité dans les activités domestiques (cf. AI pce 111 p. 3). Toutefois, l'évaluation rectifiée de l'invalidité effectuée par l'OAIE pour lesdites tâches retenant un taux de 21% (AI pce 193) est d'une part incompréhensible dans sa présentation sous forme de tableau (la pondération des activités manque dans le tableau et ne permet ainsi pas de déterminer l'invalidité existante dans les différents postes) et d'autre part erronée (le total d'un 100% des activités ménagères n'est pas atteint du fait en particulier de la suppression du poste « soins et assistance » sans une nouvelle pondération). Il convient dès lors de rectifier l'évaluation de l'invalidité dans les tâches ménagères même si le nouveau taux d'invalidité dans celles-ci qui en résultera sera sans incidence sur l'issue du litige. A la suite du rappel des principes de l'évaluation selon la méthode spécifique, une nouvelle pondération des activités aussi proche que possible de celle établie par le Dr F.\_\_\_\_\_ sera nécessaire (consid. 12.3). 12.3 12.3.1 L'invalidité des personnes sans activité lucrative est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels, tels les activités usuelles dans le ménage, les soins et l'assistance apportée aux proches (cf. art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI). A cette fin, en application de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité CIIAI, édition 2018, un ou deux tableaux appréciant l'invalidité sur les plans somatique et/ou psychique dans les diverses tâches ménagères doivent être établis (cm 3079 ss). Les travaux d'une personne non invalide qui s'occupe du ménage comportent les activités usuelles avec les taux d'activité maximum suivant : 1. Alimentation 50%, 2. Entretien du logement ou de la maison 40%, 3. Achats et courses diverses 10%, 4. Lessive et entretien des vêtements 20%, 5. Soins et assistance aux enfants et aux proches 50% (CIIAI cm 3087). Il sied de relever que la structure du tableau selon la CIIAI a été modifiée au 1er janvier 2018 sans que cette modification ait eu une réelle incidence matérielle sur l'évaluation de l'invalidité. Les tableaux antérieurs à 2018 peuvent être adaptés et lus en référence à la nouvelle grille. 12.3.2 Dans le tableau d'évaluation de l'invalidité, l'ensemble des travaux habituels d'une personne qui travaille dans le ménage doit correspondre à une valeur de 100% indépendamment de la grandeur du ménage (VSI 1997 p. 298 consid. 4c) et compte tenu des activités effectives. Les pondérations maximales indiquées pour chaque tâche visent à garantir un trai-

C-950/2019 Page 29 tement égal des assurés compte tenu de l'expérience de la vie et des don- nées concrètes du ménage (nombre de personnes, enfants, adultes, situa- tion locale du ménage, tâches particulières d'entretien). Une pondération maximale différente des différentes tâches ne peut avoir lieu qu'en cas de divergences importantes par rapport au tableau, par exemple en cas de soins importants devant être prodigués à un membre de la famille ou aux enfants (RCC 1986 p. 244 consid. 2c et d; arrêts du TF 9C\_827/2016 du

### E. 31

juillet 2017 consid. 6.1, I 469/99 du 21 novembre 2000 consid. 4c). 12.3.3 Le tableau du Dr F. \_\_\_\_\_ établi le 13 décembre 2004 selon la CIIAI applicable en 2004 (cf. AI pce 111 p. 3), maintenu par ce médecin en date du 8 janvier 2019 (AI pce 201), retient une répartition des tâches ménagères sur une durée de travail journalière de 8-9 heures (cf. arrêt du TF I 469/99 cité consid. 4c) comme suit : conduite du ménage : 5%, alimenta- tion : 40%, entretien du logement : 15%, achats : 10%, lessive et entretien des vêtements : 15%, soins aux enfants : 15%, totalisant 100%. Pour ces activités, les limitations fonctionnelles de l'assurée ont été appréciées à respectivement 0% (conduite du ménage), 10% (alimentation), 50% (en- tretien du logement), 20% (achats), 50% (lessive et entretien des vête- ments) et 10% (soins aux enfants). La pondération des tâches dans le temps et les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_ ont fondé une invalidité sur le plan somatique de 22.5% (0%+4%+7.5%+2%+7.5% +1.5%). Ce taux retenu en 2006, validé par le TAF et le TF respectivement en 2008 et 2009, ne peut être retenu comme tel en 2019, du fait qu'il n'y a pas lieu de prendre en compte des soins prodigués aux enfants (cf. aussi AI pce 162/182 p. 8). Implicitement, la pon- dération des activités dans les tâches ménagères doit être revue prenant en compte un ménage de deux personnes adultes sans enfant. L'OAIE a sur la base du tableau du Dr F. \_\_\_\_\_, actualisé le 5 octobre 2018, retenu un taux d'invalidité de 21% en déduisant du tableau 1.5% du fait que l'as- surée n'avait plus de soins à prodiguer aux enfants (AI pce 193). Ce mode de procéder ne peut être suivi car la pondération des activités sur 100% (cf. supra consid. 12.3.2) n'est pas respectée et celle-ci doit être revue. 12.3.4 Selon le service médical de l'OAIE, l'état de santé de l'assurée ne s'est pas dégradé depuis sa dernière décision de rejet de rente en 2006. Il s'ensuit que les limitations fonctionnelles de l'assurée retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans les tâches domestiques peuvent être reprises et cas échéant les pondérations des activités être adaptées à la situation de l'as- surée vivant avec son mari sans enfant dans une maison individuelle en 2019. Les indications de la recourante selon laquelle toutes les tâches ménagères sont effectuées par son mari (cf. AI pce 169 ch. 16-20) ne peuvent

C-950/2019 Page 30 être retenues comme résultant de ses limitations fonctionnelles au vu des rapports E213. Il en résulte avec une adaptation des pondérations le ta- bleau selon la CIIAI adapté par le Tribunal de céans ci-après : N° Activité

Max. Choix (ancien choix) Inca- pacité Invalidité (choix x inca- pacité) 1 Alimentation 50 40 (40) 10 4.00% 2 Entretien du logement ou de la maison et garde des ani- maux domestiques 40

### E. 35

(20 y c. 5 conduite du ménage) 50 17.5% 3 Achats et courses diverses 10 10 (10) 20 2.00% 4 Lessive et entretien des vê- tements 20 15 (15) 50 7.50% 5 Soins et assistance aux en- fants et aux proches 50 0 (15) 0 0.00%

Total

31% Dans cette nouvelle évaluation reprenant pour l'essentiel les appréciations précédentes, qui s'écarte du tableau incomplet de l'OAIE dans son énoncé (cf. AI pce 193), le temps consacré à l'entretien du logement a été majoré de 20% par rapport à l'évaluation de 2004, pris sur la conduite du ménage (5% [poste supprimé depuis 2018 de la CIIAI]) et les soins aux enfants (15%) (cf. AI pce 111). Il sied de rappeler, si cette augmentation de 15% à 35% pour l'entretien du logement peut se discuter, que le total des activités doit dans tous les cas être de 100% et qu'il n'appartient pas à une seule personne d'effectuer tous les travaux ménagers mais également à sa ou son partenaire et, dans le cadre d'une répartition des tâches, dans les meilleures conditions d'efficacité (répartition des tâches sur la journée, utilisation de moyens appropriés) prenant en compte le temps disponible de chacun et ses capacités physiques et intellectuelles (cf. ATF 133 V 504 consid. 4.2, 130 V 97 consid. 3.3.3). Par ailleurs, l'augmentation de 15% à 35% du poste entretien du logement avec une limitation dans les tâches de 50% est à l'avantage de l'assurée. La Cour observe cependant que le taux d'incapacité de 50% devrait être fixé plus bas, vu un temps disponible pour l'entretien du logement allongé (35% au lieu de 15% d'un 100%), eu égard à la suppression du temps consacré aux enfants, et en application des principes d'évaluation dans les tâches domestiques (aménagement des temps de travail, recours à l'aide des proches dans la mesure de leur disponibilité). Pour le calcul in casu, ce pourcentage est laissé en l'état, car il ne change rien au résultat (taux d'invalidité excluant la rente). 12.3.5 Il s'ensuit de ce qui précède que, selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, celle-ci s'établit à 2.79% ( $[91\% \times 0\%] + [9\% \times 31\%]$ ), soit 3%. Un tel degré d'invalidité selon la méthode mixte n'ouvre pas le droit à une rente.

C-950/2019 Page 31 12.4 Depuis le 3 mars 2006 (dernière décision de l'OAIE entrée en force ayant reconnu à l'assurée pleine capacité de travail dans son activité de couturière ou une activité adaptée), il n'apparaît pas du dossier que l'assurée ait cherché à reprendre une activité lucrative même à temps partiel. Dès lors, la question peut se poser de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a maintenu pour cette 3ème demande de prestations d'invalidité la méthode mixte (cf. AI pce 178) ou n'aurait pas dû plutôt faire usage uniquement de la méthode spécifique reconnaissant nouvellement l'assurée comme une personne se consacrant uniquement aux tâches domestiques et dont l'invalidité doit être évaluée selon les critères y afférents. Cette question peut toutefois rester ouverte car, même si l'on devait retenir qu'en 2019 seule la méthode spécifique doit être appliquée, le taux d'invalidité de 31% qui en découle, établi à l'avantage de l'assurée en reprenant les taux d'incapacité retenus par le Dr F. \_\_\_\_\_, n'ouvrirait de même pas le droit à une rente. 13. Vu ce qui précède le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée dans son résultat, à savoir le rejet de toutes prestations d'invalidité. 14. 14.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci de 800.- francs sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais de même montant effectuée en cours de procédure (TAF pces 4-6). 14.2 Il n'est alloué d'indemnité de dépens ni à la recourante vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (art. 7 al. 1 a contrario et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]).

(Le dispositif figure sur la page suivante)

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